

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y PSICOLOGÍA
CLÍNICA I



TESIS DOCTORAL

**Adaptación psicométrica del cuestionario de errores
cognitivos negativos (CNCEQ) en adolescentes**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR**

Blanca Isabel Fernández Tobar

Directores

José Manuel Andreu Rodríguez
María Elena de la Peña Fernández

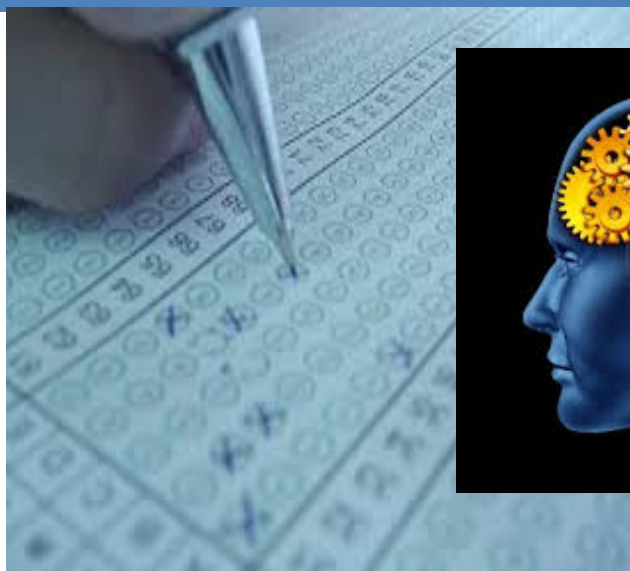
Madrid, 2015



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

**TESIS DOCTORAL
2015**

ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CUESTIONARIO DE ERRORES COGNITIVOS NEGATIVOS (CNCEQ) EN ADOLESCENTES



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y PSICOLOGÍA CLÍNICA I**

BLANCA ISABEL FERNÁNDEZ TOBAR

Directores de Tesis:

Dr. José Manuel Andreu Rodríguez
Dra. M^a Elena de la Peña Fernández

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica I



TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DEL
CUESTIONARIO DE ERRORES COGNITIVOS
NEGATIVOS (CNCEQ) EN ADOLESCENTES**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Blanca Isabel Fernández Tobar

Directores:

Prof. Dr. José Manuel Andreu Rodríguez

Prof^a Dra. María Elena Peña Fernández

Madrid, 2015

A mi familia:
mis padres, mis hermanos y Juanma

Para Paulita, mi ahijada,
con todo mi cariño

AGRADECIMIENTOS

Antes de empezar, me gustaría agradecer a las personas que con su apoyo e intervención han hecho posible empezar y terminar este proyecto.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de tesis, al Prof. Dr. José Manuel Andreu Rodríguez y la Prof^a. Dra. María Elena de la Peña Fernández, por su confianza y apoyo, así como todo el tiempo dedicado a leer, corregir, aconsejar y mejorar este trabajo. Gracias por toda la ilusión puesta en esta tesis, por todo el esfuerzo dedicado y por no permitir que sea menos que perfecto. Gracias por exigirme y enseñarme a disfrutar del trabajo.

Quisiera dar las gracias a mi gran amigo Juan Restrepo, con quien comencé esta nueva experiencia. Gracias por todos sus e-mails, videoconferencias y *WhatsApp* llenos de ánimos, consejos, sugerencias y esperanza.

Y por supuesto, quiero agradecer a mi familia la huella que han dejado en este proyecto. A mis hermanos: Aniana, Jorge, Paula, Rodrigo y Elena, por su paciencia, sus consejos y por todas aquellas veces que me ha dado “caña” para que siga esforzándome, sin olvidar todas las distracciones necesarias para que no desespere en este intento. A mis padres, por confiar en mí y no dejar que me rinda, por animarme y mostrarme que puedo conseguir grandes cosas. Por escuchar largas lecturas a lo largo de los años y hacer las sugerencias adecuadas. Por su apoyo incondicional, sus consejos y acertadas enseñanzas.

Y a Juanma, por las horas de biblioteca sentado a mi lado, ayudándome a mejorar; por su incalculable ayuda, su paciencia y apoyo constante, por todas las lecturas realizadas a este trabajo y por consolarme, escucharme y animarme en todos los momentos en los que estuve el “modo pánico activado”. Por todos los chistes, sonrisas y desconexiones que no han permitido que sucumba en este intento.

A todos ellos millones de gracias, porque sin vosotros no podría escribir estas palabras.

ÍNDICE

RESUMEN	17
ABSTRACT	29

PRIMERA PARTE

Fundamentación Teórica

CAPÍTULO I. DISTORSIONES COGNITIVAS	41
1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	41
1.1. Teoría Cognitiva de Beck	41
1.2. Teoría Racional Emotiva (TRE) de Ellis.....	49
2. DISTORSIONES COGNITIVAS, PSICOPATOLOGÍA Y CONDUCTA ANÓMALA	53
2.1. Trastornos Adictivos: El Juego Patológico	54
2.2. Trastornos Psicosomáticos	67
2.2.1. Trastornos Cardiovasculares.....	67
2.2.2. Diabetes Mellitus	70
2.2.3. Dolor Crónico	72
2.2.4. Artritis Reumatoide	76
2.2.5. Esclerosis Múltiple y Lesión de Médula Espinal.....	77
2.3. Trastornos del Estado de Ánimo	79
2.4. Trastornos de Ansiedad	87
2.5. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	96
2.6. Delitos Sexuales	107
2.6.1. Teoría Implícita de las Distorsiones Cognitivas de Ward	112
2.7. Agresión y Conducta Antisocial	118
CAPITULO II. EVALUACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS	129
1. INTRODUCCIÓN	129
1.1. Entrevista	130
1.2. Autorregistros	130
1.3. Cuestionarios	131

2. CUESTIONARIOS QUE EVALUAN DISTORSIONES COGNITIVAS 132

2.1.	Trastornos Adictivos: El juego Patológico.....	132
2.1.1.	Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991, 1994)	134
2.1.2.	Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996).....	135
2.1.3.	Gambling Beliefs and Attitudes Survey (GBAS; Breen y Zuckerman, 1999)	135
2.1.4.	Gambling Beliefs Questionnaire (GBQ-1; Steenberg, Meyers, May y Whelan, 2002)	135
2.1.5.	Information Biases Scale (IBS; Jefferson y Nicki, 2003).....	136
2.1.6.	Gambling Belief Questionnaire (GBQ-2; Joukhador, MacCallum y Blaszczynsky, 2003)	136
2.1.7.	Gambling Related Cognitions Scale (GRCS; Raylu y Oei, 2004)	137
2.1.8.	Belief in Good Luck Scale (BIGL; Darke y Freedman, 1997, adaptado por Maltby, Day, Gill, Colley y Wood, 2008).....	137
2.2.	Trastornos Psicossomáticos	138
2.2.1.	Cognitive Errors Questionnaire (CEQ; Lefebvre, 1981)	138
2.2.2.	Coping Strategies Questionnaire (CSQ; Rosentiel Y Keefe, 1983)	139
2.2.3.	Pain Catastrophizing Scale (PCS; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995)	140
2.2.4.	Pain catastrophizing scale for children (PCS-C; Crombez, Bijttebier, Eccleston, Mascagni, Mertens, Goubert y Verstraeten, 2003).....	140
2.3.	Trastornos del Estado de Ánimo	141
2.3.1.	Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weissman y Beck, 1978)	142
2.3.2.	Cognitive Bias Questionnaire (CBQ; Krantz y Hammen, 1979)	143
2.3.3.	Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon y Kendal, 1980)	143
2.3.4.	Barnes-Vulcano Rationality Test (BVRT; Barnes y Vulcano, 1982).....	144
2.3.5.	Cognitive Response Test (Watkins y Rush, 1983)	144
2.3.6.	Cognitive Bias Questionnaire for Children (CBQC; Haley et al., 1985)...	144
2.3.7.	Negative and Positive Cognitive Error Questionnaire (NPCEQ; McKenna, 1987)	145
2.3.8.	Adolescent Cognitive Style Questionnaire (ACSQ; Hnaking y Abramson, 2002)	145
2.4.	Trastornos de Ansiedad.....	146

2.4.1.	Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1968).....	147
2.4.2.	Rational Beliefs Inventory (RBI; Shorkey y Whiteman, 1977)	148
2.4.3.	Anxious Thought and Tendencies (AT&T; Ganellan et al., 1986).....	148
2.4.4.	Listado de Comprobación de Cogniciones (CCL; Beck, Brown, Eidelson y Riskind, 1987).....	149
2.4.5.	Irrational Beliefs Inventory (IBI; Koopmans et al., 1994)	149
2.4.6.	Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999)	150
2.4.7.	Interpersonal Cognitive Distortion Scale (ICDS; Hammanci y Büyüköztürk, 2004)	150
2.4.8.	Maladaptive Interpersonal Belief Scale (MIBS; Boden et al., 2012).....	151
2.5.	Trastornos de la Conducta alimentaria.....	151
2.5.1.	Bulimia Cognitive Distortions Scale (BCDS; Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn, 1986).....	153
2.5.2.	Bulimia Thoughts Questionnaire (BTQ; Franko, Zuroff y Rosenthal, 1986; Phelan, 1987)	153
2.5.3.	Food and Weight Distortions Survey (FWCDS; Thompson, Berg y Shatford, 1987).....	154
2.5.4.	Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)	155
2.5.5.	Modified Distressing Thoughts (MDTQ; Clark et al., 1989)	155
2.5.6.	Mizes Anorectic Questionnaire (MAC; Mizes y Klesges, 1989).....	156
2.5.7.	Eating Disorder Belief Questionnaire (EBDQ; Cooper, Cohen-Toveé, Todd, Wells y Toveé, 1997)	157
2.6.	Delitos Sexuales	157
2.6.1.	Escala de Cogniciones de Abel y Becker (ABCS; Abel, Gore, Holland, Camp, Becker y Rather, 1989).....	158
2.6.2.	Escala MOLEST (Bumby, 1996).....	158
2.6.3.	Escala RAPE (Bumby, 1996)	159
2.6.4.	CM Scale (CMS; McGrath, Cann y Konopasky, 1998).....	159
2.7.	Agresión y Conducta Antisocial	159
2.7.1.	“How I Think” Questionnaire (HIT; Barriga y Gibbs, 1996; Gibbs et al., 2001).....	159

3. CHILDREN’S NEGATIVE COGNITIVE ERROR QUESTIONNAIRE (CNCEQ)	
.....	161

SEGUNDA PARTE

Investigación Empírica

CAPÍTULO III. MÉTODO	175
1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	175
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	175
3. PARTICIPANTES	176
4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	179
4.1. Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992; Adaptado por Andreu, Peña y Graña, 2002).....	179
4.2. Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ; Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al., 2006; adaptado por Andreu, Peña y Ramírez, 2009).....	180
4.3. Children’s Negative Cognitive Error Questionnaire (CNCEQ; Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson, 1986)	181
5. DISEÑO	183
6. PROCEDIMIENTO	183
7. DEFINICIÓN DE VARIABLES	184
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	186
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	189
1. CONSISTENCIA INTERNA	189
2. VALIDEZ DE CONSTRUCTO	190
2.1. Análisis factorial exploratorio	190
3. VALIDEZ DISCRIMINANTE	196
3.1. Diferencias por sexo	196
3.2. Diferencias en edad.....	200
3.3. Diferencias por estudios.....	206
4. VALIDEZ DE CRITERIO	210
4.1. Puntuaciones del CNCEQ y el AQ	210
4.2. Puntuaciones del CNCEQ y el RPQ	217

5. BAREMOS	221
5.1. Baremos por sexo	221
5.2. Baremos por edad.....	224
5.3. Baremos por edad y sexo.....	227
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	233
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES GENERALES	243
CAPÍTULO VII. LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES.....	247
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	249

ANEXOS

ANEXO 1	269
ANEXO 2	273
ANEXO 3	275

RESUMEN

Antecedentes. Con el fin de contar con un instrumento para poder medir el procesamiento distorsionado de la información en población infanto-juvenil, en 1986, Leitenberg, Yost y Carrol-Wilson, desarrollaron el *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire* (CNCEQ) basándose tanto en la *Teoría Cognitiva* de Beck (2002) como en el *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) desarrollado por Lefebvre en 1981.

Desde su *Teoría Cognitiva para la Depresión* lo que plantea Beck, es que existen una serie de errores característicos en el procesamiento de la información, que aparecen en la depresión, la ansiedad, los trastornos de la alimentación y otras patologías, de tal forma que, durante el proceso de interpretación de una situación, se podrían llegar a activar esquemas cognitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones en el procesamiento de la información de dicha situación. De este modo, Beck (2002) ha sugerido que existen dos niveles principales de procesamiento de la información disfuncional: los esquemas, que son entendidos como estructuras cognitivas que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno; y, los pensamientos automáticos, entendidos como cogniciones negativas que aparecen automáticamente sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse y que representan diferentes distorsiones de la realidad, es decir, los pensamientos automáticos contienen, a menudo, distorsiones cognitivas (Carrasco Galán, 2004).

Las distorsiones cognitivas, han sido descritas como errores sistemáticos que cometen las personas en el procesamiento de la información (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Rodríguez-Testal et al., 2002). Éstas distorsiones realizan una doble función: por un lado facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio y, por otro, mantienen la validez de las creencias negativas del individuo a cerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Zhang, 2008). En su trabajo con pacientes depresivos, Beck (1963) definió seis errores sistemáticos en el pensamiento: *inferencia arbitraria* (proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión), *abstracción selectiva* (valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros

elementos más relevantes de la situación), *sobregeneralización* (proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular como no relacionadas), *magnificación* y *minimización* (el paciente se evalúa así mismo, a otros o a una situación y exagera lo negativo y minimiza lo positivo, o viceversa) y *pensamiento dicotómico o absolutista* (el sujeto ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda la gama de posibilidades intermedias). Se han desarrollado diversos cuestionarios que miden varios estilos de procesamiento asociados a la depresión en adultos (Leitenberg et al., 1986), como pueden ser la *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS), desarrollada por Weismann y Beck (1978) o el *Cognitive Bias Questionnaire* (CBQ), desarrollado por Krantz y Hammen (1979); sin embargo, solamente Lefebvre (1981) ideó una medida con escalas separadas para los errores cognitivos descritos por Beck (Karakaya et al., 2007; Leitenberg et al., 1986; Maric, Heyne, Van Windenfelt y Westenberg, 2011).

Para medir los errores cognitivos en personas adultas deprimidas, Lefebvre (1981) desarrolló el CEQ. Durante su investigación, este autor observó que algunos de los errores cognitivos desarrollados por Beck se solapaban entre sí, dando lugar a las cuatro categorías de distorsiones que se incluyen en este cuestionario: *catastrofización*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva* (Maric et al., 2011). Este instrumento, formado por 48 viñetas (cada una de las cuales describe, en dos o tres líneas, una experiencia estresante que va seguida por un pensamiento negativo que refleja una distorsión) mide estos cuatro errores cognitivos en tres ámbitos diferentes: trabajo, familia/casa y ocio (Christensen et al., 1999a; Lefebvre, 1981). El CEQ puede dividirse en dos partes, cada una de las cuales está compuesta por 24 viñetas (Christensen et al., 1999a; Goubert et al., 2005; Lefebvre, 1981): el CEQ general (evalúa cogniciones disfuncionales relacionadas con experiencias de la vida diaria) y el CEQ LBP (igual que el general, pero el tema incluye un problema, limitación personal o interpretación relacionada con el dolor lumbar). Con unas buenas propiedades psicométricas, Lefebvre (1981) desarrolló una medida que proporciona información útil sobre cómo los individuos depresivos interpretan, de manera sistemática, los eventos de una manera negativa. Años más tarde, Leitenberg *et al.* (1986) ampliaron esta línea de investigación en niños y adolescentes, identificando un conjunto de errores cognitivos similares a la población de adultos.

A pesar de haber sido, originariamente diseñado para medir el procesamiento cognitivo distorsionado asociado a la depresión, el CNCEQ ha sido ampliamente utilizado para evaluar a niños y adolescentes con otros problemas emocionales y de conducta (Messer, Kempton, Van Hasselt, Null y Bukstein, 1994; Weems et al., 2001). Con esta medida, se han identificado distorsiones cognitivas auto-humillantes en jóvenes deprimidos (Leitenberg *et al.* 1986), ansiosos (Watts y Weems 2006; Weems et al., 2001) y en los que experimentan ambos síntomas (Messer et al, 1994).

Este cuestionario, está formado por 24 ítems, cada uno de los cuales presenta, de manera similar al CEQ, dos o tres líneas que describen una situación hipotética seguida por una serie de declaraciones que reflejan uno de los cuatro errores cognitivos (Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Karakaya et al., 2007; Leitenberg et al., 1986; Messer et al., 1994; Watts y Weems, 2006; Weems et al., 2001). El instrumento puede dividirse en cuatro sub-escalas (Kingery et al., 2009; Weems et al., 2001), cada una de las cuales evalúa una distorsión cognitiva (*catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva*). Cada sub-escala está formada por 6 ítems, cuyo contenido está distribuido en tres contextos que destacan en la vida del niño: social, académico y deportivo (Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Karakaya et al., 2007; Kingery et al., 2009; Watts y Weems, 2006; Weems et al., 2001). Una posible cuarta área (vida familiar) fue omitida de manera intencionada porque podrían considerarla intrusiva o amenazante (Leitenberg et al., 1986).

Los jóvenes responde al cuestionario por medio de una escala Likert de 5 puntos (donde 1 es “*No pienso nada parecido*” y 5 es “*Pienso casi exactamente igual*”), por medio de la cual deben indicar el grado de similitud entre la declaración y su forma de pensar cuando imaginaban que estaban en esa situación o experimentaban el evento. La puntuación mínima que se puede obtener en el CNCEQ es de 24 puntos y la máxima de 120 (Epkins, 1998; Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Kingery, Kepley, Ginsburg y Walkup, 2009; Leitenberg et al., 1986; Maric, 2010; Watts y Weems, 2006; Weems et al., 2001).

Leitenberg et al., (1986) obtuvieron para el cuestionario una aceptable consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo (Epkins, 1998; Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Watts y Weems, 2006; Weems et al., 2001). La fiabilidad test-retest para cada uno de los tipos de error oscila entre .44 y .58, y para el

contenido de las áreas entre .56 y .59. Para la puntuación total del cuestionario la fiabilidad test-retest fue de .65. Con respecto a la consistencia interna, los autores refieren un α de Cronbach elevado para la puntuación total ($\alpha = .89$), así como en las diferentes sub-escalas: *catastrofismo* ($\alpha = .73$), *sobregeneralización* ($\alpha = .76$), *personalización* ($\alpha = .77$) y *abstracción selectiva* ($\alpha = .59$).

Desde la publicación inicial, en 1986, el CNCEQ ha sido citado más de 150 veces en la literatura (Maric, 2010) y ha sido utilizado para evaluar errores cognitivos negativos en una amplia variedad de trastornos en jóvenes (tanto de tipo internalizante como externalizante), ha demostrado ser sensible a los cambios provocados por el tratamiento, y ha sido utilizado para investigar mediadores y moderadores de la teoría conductual en jóvenes. Además, ha sido traducido y aplicado en jóvenes de diferentes culturas (Maric, 2010; Maric et al., 2011).

Objetivos. El objetivo principal de esta tesis doctoral es la adaptación psicométrica del CNCEQ (Leitenberg et al., 1986) para poder disponer de un instrumento con el que se pueda identificar y medir las distorsiones cognitivas auto-humillantes en población infanto-juvenil española. La adaptación psicométrica se ha realizado al determinar a) la fiabilidad y la consistencia interna del cuestionario y sus respectivas sub-escalas (*catastrofismo*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva*), esperando que tanto el CNCEQ como las sub-escalas obtendrán un grado de fiabilidad aceptable en población española; b) la validez de constructo, poniéndola a prueba con diferentes modelos de su estructura factorial, hipotetizando que el cuestionario mostrará una estructura general compuesta por cuatro factores de primer orden; c) la validez discriminante, al comparar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total, y cada una de las sub-escalas, según la edad, el sexo y el nivel de estudios de los participantes; y d) la validez predictiva con cuestionarios de agresividad (AQ y RPQ), al establecer el grado de eficacia con que podemos predecir la agresividad a partir de los datos del cuestionario.

Diseño. Este estudio empírico es de naturaleza transversal ya que su finalidad era medir una o más características en un momento específico. La particularidad de esta investigación se fundamenta en medir la variables criterio y predictivas en un mismo momento y, por tanto, se ha realizado en una sola observación.

Participantes. En la presente investigación participaron 2047 sujetos con edades comprendidas entre los 12 y 22 años. La edad media de los participantes fue de 15.25 años, mientras que la desviación típica fue de 1.769 años. El 50.7% de los participantes fueron varones (1038 sujetos), mientras que el 47.3% fueron mujeres (1009 participantes). Dado el interés en analizar las diferencias por edad producidas en cada tipo de distorsión, la muestra se subdividió en tres grupos de edad: *grupo 1*, compuesto por jóvenes entre 12 y 14 años (698 participantes), *grupo 2*, integrado por jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 16 años (797 participantes) y, por último, el *grupo 3*, con jóvenes de entre 17 y 22 años (552 participantes).

La mayoría de los jóvenes que participaron en este estudio, pertenecían en su mayor parte a centros escolares de la Comunidad de Madrid. Estos participantes cursaban diferente nivel de estudios, en concreto, el 4.1% de los jóvenes ($n = 83$) cursaban *Educación Primaria*, el 71.6% ($n = 1465$) *Educación Secundaria*, el 20.7% ($n = 424$) *Bachillerato*, el 1.6% ($n = 33$) cursaban *Formación Profesional*, el .2% ($n = 4$) no tenían estudios, y el 1.1% ($n = 22$) cursaban otro tipo de formación.

Todos los sujetos participaron de forma voluntaria en el desarrollo de la prueba, que fue absolutamente confidencial

Instrumentos. Para la realización de este estudio se seleccionaron instrumentos que han demostrado validez y fiabilidad en la medida de las variables. Los instrumentos de medida seleccionados fueron el *Cuestionario de Agresión* (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptado por Andreu, Peña y Graña, 2002), el *Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva* (RPQ; Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al., 2006, adaptado por Andreu, Peña y Ramírez, 2009) y el *Cognitive Negative Childrens' Error Questionnaire*.

El *Cuestionario de Agresión* (AQ) desarrollado por Buss y Perry (1992), fue adaptado a población española por Andreu, Peña y Graña (2002). Este cuestionario, utilizado en multitud de estudios sobre el comportamiento agresivo en población infanto-juvenil, está compuesto por 29 ítems que se agrupan en cuatro factores: *agresividad física* (compuesta por 9 ítems), *agresividad verbal* (5 ítems), *ira* (7 ítems) y *hostilidad* (8 ítems). Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) tanto para la escala total ($\alpha = .88$) como para las sub-escalas ($\alpha = .86$ para *agresión física*, $\alpha = .77$ para *ira* y $\alpha = .72$ para *hostilidad*) fueron adecuados y similares a los obtenidos por los autores originales, aunque

en el caso de la *agresión verbal* ($\alpha = .68$), ésta fue menor en la versión psicométrica española.

El *Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva* desarrollado por Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al. (2006), ha sido adaptado a población española por Andreu, Peña y Ramírez (2009). Este instrumento, que intenta evaluar la motivación que tienen los sujetos para realizar una agresión y el contexto donde sucede la misma, está formado por 23 ítems (12 ítems que evalúan *agresión proactiva o instrumental* y 11 que evalúan *agresión reactiva u hostil*). Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) tanto para la escala total ($\alpha = .91$) como para las sub-escalas de *agresión reactiva* ($\alpha = .84$) y *agresión proactiva* ($\alpha = .87$) fueron adecuados y similares a los obtenidos por los autores originales. Además, este cuestionario cuenta con la ventaja de ser de rápida aplicación, es gramaticalmente sencillo (puede ser aplicados a niños desde los 8 años de edad y adolescentes con limitadas capacidades lectoras) y refleja tanto la agresión física como la agresión verbal.

Por su parte, el *Cognitive Negative Childrens' Error Questionnaire* (CNCEQ) desarrollado por Leitenberg et al. (1986), mide el procesamiento distorsionado de la información en población infanto-juvenil a través de 24 ítems, cada uno de los cuales describe una experiencia estresante que va seguido de un pensamiento negativo que refleja una distorsión cognitiva (*pensamiento catastrófico, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva*) distribuida en tres contextos o áreas de contenido (*social, académico o deportivo*). El cuestionario presenta unas adecuadas propiedades psicométricas: la fiabilidad test-retest para cada uno de los tipos de distorsión cognitiva oscila entre .44 y .58, y para el contenido de las áreas entre .56 y .59. Para la puntuación total del cuestionario la fiabilidad test-retest fue de .65. Con respecto a la consistencia interna, los autores refieren una *alpha* de Cronbach elevado para la puntuación total del cuestionario ($\alpha = .89$), así como en las diferentes sub-escalas: *catastrofismo* ($\alpha = .73$), *sobregeneralización* ($\alpha = .76$), *personalización* ($\alpha = .77$) y *abstracción selectiva* ($\alpha = .59$). Por otro lado, se encontraron correlaciones relativamente altas entre las tres áreas de contenido (rango = .57 y .60) y entre los cuatro tipos de error (rango = .49 y .56).

Resultados. En primer lugar, el Análisis Factorial exploratorio aplicado (Método de los Componentes Principales y Rotación Varimax) mostró una estructura del test compuesta

por cuatro dimensiones. Dicho análisis factorial arrojó cuatro factores que llegaron a explicar el 44.043% de la varianza total, siendo la saturación de los ítems en cada uno de estos cuatro factores suficientemente elevada (pesos factoriales de los ítems mayores de .35 en su factor correspondiente, y menor a .35 en cualquier otro factor).

Una vez explorada la estructura factorial subyacente al CNCEQ en la muestra de sujetos españoles, se pasó a determinar los índices de fiabilidad (*alpha* de Cronbach) de cada una de las sub-escalas del cuestionario: *sobregeneralización* ($\alpha = .717$), *personalización* ($\alpha = .706$), *catastrofismo* ($\alpha = .671$), y *abstracción selectiva* ($\alpha = .615$), así como del cuestionario total ($\alpha = .885$).

Para determinar la posible influencia de la edad o el sexo de los sujetos en el uso de distorsiones cognitivas informadas por los participantes se aplicó, en primer lugar un ANOVA de un factor (Análisis de Varianza). Con respecto a la diferencias entre hombres y mujeres, los resultados sugieren que el sexo no tiene realmente un efecto en la puntuación del CNCEQ total (2.2475 vs. 2.2685; $t_{2038} = -.795$; n.s.), sin embargo, al mediar las áreas de contenido, se observó, que sí existían diferencias significativas entre hombres y mujeres: social (2.3133 vs. 2.3735; $t_{2038} = -1.909$; $p < .05$), académica (2.2853 vs. 2.3735; $t_{2038} = 1.699$; $p < .05$) y deportiva (2.1440 vs 2.1985; $t_{2038} = -1.886$; $p < .05$), a pesar de que estas distorsiones cognitivas siempre aparecen en mayor medida en mujeres que en hombres. Al analizar las diferencias por género en las sub-escalas, se encontraron diferencias significativas en *catastrofización* (2.2672 vs. 2.3373; $t_{2038} = -2.303$; $p < .05$) dónde son las chicas las que presentan mayor promedio, sin embargo estas diferencias se hallan solo al mediar el área social (2.2205 vs. 2.3787; $t_{2038} = -4.042$; $p < .05$) y deportiva (1.9947 vs. 2.0716; $t_{2009.008} = -2.067$; $p < .05$); *sobregeneralización*, donde las mujeres presentan mayores niveles de distorsión (2.1590 vs. 2.3215; $t_{2000.416} = -4.891$; $p < .05$), incluso cuando median las áreas de contenido social (2.3845 vs. 2.4836; $t_{2033} = -2.255$; $p < .05$), académica (2.3248 vs. 2.5005; $t_{1993.061} = -3.779$; $p < .05$) y deportiva (1.732 vs. 1.9821; $t_{2037} = -5.431$; $p < .05$); y en *personalización*, donde los hombres presentan mayores puntuaciones que las mujeres (2.1828 vs. 2.0746; $t_{2038} = 3.422$; $p < .05$), incluso cuando median las áreas de contenido: social (2.0629 vs. 1.9771; $t_{2038} = 2.140$; $p < .05$), académica (2.1846 vs. 2.0184; $t_{2.034} = 4.060$; $p < .05$) y deportiva (2.279 vs. 2.2237; $t_{2038} = 1.792$; $p < .05$). No obstante, no se hallaron diferencias entre hombres y mujeres en la sub-escala *abstracción selectiva* (2.3811 vs. 2.3422; $t_{2038} = 1.300$; n.s.), a pesar de si hallarse

tales diferencias al mediar las áreas académica (2.0427 vs. 1.8557; $t_{2034} = 5.031$; $p < .05$), y social (2.5845 vs. 2.6577; $t_{2032} = -1.790$; $p < .05$), donde, además, el promedio en las mujeres fue mayor.

Con respecto a la edad, no se encontraron diferencias significativas entre grupos de edad en el cuestionario total ($F_{2, 2037} = .044$; n.s.). Sin embargo, al tener en cuenta las áreas de contenido, aparecen diferencias estadísticamente significativas en el área social ($F_{2, 2037} = 4.324$; $p < .05$) y académica ($F_{2, 2037} = 3.116$; $p < .05$). Con respecto a las sub-escalas, se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en las variables *catastrofización* ($F_{2, 2037} = 1.024$; n.s.), y *abstracción selectiva* ($F_{2, 2037} = .402$; n.s.). No obstante, en *catastrofización*, al mediar las áreas de contenido, sí que aparecen diferencias significativas entre los grupos de edad, aunque sólo en el área social ($F_{2, 2037} = 5.173$; $p < .05$). Por su parte, se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad en *sobregeneralización* ($F_{2, 2037} = 7.174$; $p < .05$) y *personalización* ($F_{2, 2037} = 3.613$; $p < .05$). Al mediar las áreas de contenido en *sobregeneralización*, se observó que las diferencias entre los grupos de edad se dan en las áreas de contenido académico ($F_{2, 2037} = 14.040$; $p < .05$) y deportivo ($F_{2, 2037} = 8.146$; $p < .05$), no siendo así en el área de contenido social. Con respecto a *personalización*, se observó que las diferencias entre grupos de edad se encuentran en las áreas social ($F_{2, 2037} = 7.550$; $p < .05$) y deportiva ($F_{2, 2037} = 4.453$; $p < .05$).

Para comprobar las diferencias en las puntuaciones del cuestionario según el nivel de estudios se realizó el *test de Kruskal-Wallis*. Los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios en el cuestionario total ($\chi^2_5 = 12.054$; $p < .05$) y, al mediar las áreas de contenido, se hallaron diferencias en las áreas social ($\chi^2_5 = 13.727$; $p < .05$) y académica ($\chi^2_5 = 10.573$; $p < .05$). Con respecto a las sub-escalas, se observó que no existían diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios las variables *catastrofización* ($\chi^2_5 = 9.681$; n.s.), *sobregeneralización* ($\chi^2_5 = 4.823$; n.s.) y *abstracción selectiva* ($\chi^2_5 = 10.563$; n.s.). No obstante, al mediar las áreas de contenido, se encontró que sí se encuentran diferencias significativas en *catastrofización*, al mediar el área social ($\chi^2_5 = 11.713$; $p < .05$) y *abstracción selectiva*, al mediar el área académica ($\chi^2_5 = 10.754$; $p < .05$). Con respecto a la sub-escala *personalización*, se observó que existían diferencias entre los diferentes niveles de estudios ($\chi^2_5 = 2.895$; $p < .05$), sin embargo, al mediar las áreas de contenido, estas diferencias sólo aparecieron al

mediar el área social ($\chi^2_5 = 24.819$; $p < .05$) y no en las áreas académica ($\chi^2_5 = 3.810$; n.s.) y deportiva ($\chi^2_5 = 12.054$; n.s.).

Finalmente, se calculó la validez de criterio realizando un análisis de correlación y un análisis de regresión lineal tanto para el cuestionario AQ (y sus respectivas sub-escalas) como para el RPQ (y sus escalas). Con respecto al AQ se encontró que las correlaciones entre variables eran bajas, siendo todas menores a .30. Se encontraron correlaciones aceptables entre *hostilidad* y *catastrofización* ($r = .370$), *sobregeneralización* ($r = .399$), *personalización* ($r = .339$), *abstracción selectiva* ($r = .337$) y CNCEQ total ($r = .430$); y entre el AQ total y *abstracción selectiva* ($r = .328$) y CNCEQ total ($r = .322$). El análisis de regresión realizado concluyó que en la sub-escala de *agresividad física*, la *abstracción selectiva*, el *catastrofismo*, la *personalización* y el CNCEQ total explican el 5% de la variabilidad; en *agresividad verbal*, el 5.4% de la variabilidad encontrada sería explicada mediante las variables *abstracción selectiva*, *catastrofismo* y *sobregeneralización*; en *ira*, el 8.1% de la variabilidad encontrada sería explicada mediante las variables *abstracción selectiva* y *sobregeneralización*; y en *hostilidad*, son el CNCEQ total y la *sobregeneralización* las variables que explican un 18.7% de la variabilidad encontrada. Por último, para el AQ total, se observó, que son la *abstracción selectiva*, la *sobregeneralización* y la *personalización* las variables que explican un 11.9% de la variabilidad encontrada.

Para terminar, con respecto al RPQ se pudo apreciar que las correlaciones entre los cuestionarios y sus escalas son estadísticamente significativas, sin embargo, las correlaciones entre las variables son bajas, siendo todas menores a .30. El análisis de regresión realizado concluyó que en la sub-escala *agresión reactiva* se encontró que son el CNCEQ total, la *personalización*, la *abstracción selectiva*, el *catastrofismo* y la *sobregeneralización* son las variables que explican un 7.5% de la variabilidad encontrada. Y para *agresión proactiva*, se encontró que son el CNCEQ total, la *personalización*, la *abstracción selectiva* el *catastrofismo* y la *sobregeneralización* son las variables que explican un 5.6% de la variabilidad encontrada.

Conclusiones. Tras el estudio realizado en la adaptación de este cuestionario a población española infanto-juvenil, se podría concluir que, en términos generales, los resultados sugieren que el CNCEQ posee buenas propiedades psicométricas, es decir, el instrumento presenta valores aceptables para la medida de distorsiones cognitivas auto-humillantes en

niños y adolescentes. Además, los resultados obtenidos son similares a los obtenidos por el CNCEQ original desarrollado por Leitenberg et al. (1986).

Con respecto a la validez de constructo, el CNCEQ total y las sub-escalas poseen una correlación adecuada, sin embargo, los ítems no saturan en cada factor de la misma manera que en la investigación realizada por Leitenberg et al. (1986), a pesar de que es el único trabajo (junto al realizado por Karakaya et al., 2007) que ofrece apoyo empírico a la separación de errores cognitivos que se planteaban en el trabajo original.

Los resultados de consistencia interna obtenidos, indican que el cuestionario total presenta una fiabilidad elevada, sin embargo, las interpretaciones y valoraciones de las sub-escalas deben realizarse con precaución ya que presentan una consistencia menor, sugiriendo que su uso es insuficiente para tomar decisiones individuales ya sean de tipo diagnóstico o de intervención.

Con respecto a la validez discriminante, se estudiaron las diferencias que existían en las puntuaciones del CNCEQ total y las sub-escalas en función del sexo, edad y nivel de estudios. Específicamente, los resultados muestran que las mujeres, en general, muestran mayor cantidad de distorsiones cognitivas que los hombres (hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos), sobre todo del tipo *catastrofización* y *sobregeneralización*, principalmente en el área social y deportiva. Por su parte, los varones presentan en mayor medida distorsiones cognitivas, del tipo *personalización*, independientemente del tipo de área de contenido que medie. Por otra parte, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el cuestionario total, aunque sí se han encontrado en la sub-escalas de *catastrofización* y *personalización*; por el contrario, en *pensamiento catastrófico* y *abstracción selectiva*, no se hallaron tales diferencias entre grupos. Por otro lado, se encontró que son los jóvenes sin estudios los que presentan mayor promedio de distorsiones en el cuestionario total (presentando diferencias significativas con todos los grupos) y los jóvenes que cursan bachillerato, los que presentan menor cantidad de distorsiones cognitivas.

Por último, al analizar en qué medida las distorsiones cognitivas auto-humillantes podían predecir la conducta agresiva, los resultados han puesto de manifiesto que no existen correlaciones elevadas entre las puntuaciones del CNCEQ total y cada una de las sub-escalas con los cuestionarios AQ y RPQ y sus respectivas sub-escalas (*agresividad*

verbal, agresividad física, ira y hostilidad; y agresión reactiva y proactiva), a pesar de que las correlaciones encontradas son estadísticamente significativas. Asimismo, los análisis de regresión realizados entre los diferentes tipos de distorsiones con la conducta agresiva indican una contribución muy baja en la explicación de la *agresión física, verbal, e ira*, así como en la *agresión reactiva y proactiva*; destacándose únicamente la *hostilidad*.

Palabras clave. CNCEQ, AQ, RPQ, distorsiones cognitivas, catastrofización, abstracción selectiva, personalización, sobregeneralización.

ABSTRACT

Background. In order to have an instrument to measure de distorted process of information in children, in 1986, Leitenberg, Yost y Carrol-Wilson, developed *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire* (CNCEQ) based in Beck's *Cognitive Therapy* (2002) and *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) developed by Lefebvre in 1981.

In his *Cognitive Therapy for Depression* Beck outlines that it exists some kind of characteristic errors in the process of information which appear in depression, anxiety, eating disorders and other pathologies so, during the interpretation process of a situation, some negative cognitive schemas could be activated and lead a person to distort the information in that situation. In that way, Beck (2002) suggested that exist two levels of processing dysfunctional information: schemas, understood as cognitive structures containing basic rules to choose, filter and code information; and, automatic thoughts, understood as negative cognitions that appears automatically without any reason that explains how distortions can be built and represent different distortions of reality, that is, automatic thoughts often contains cognitive distortions (Carrasco Galán, 2004).

Cognitive distortion has been described as systematic errors committed by people while processing information (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Rodríguez-Testal et al., 2002). These distortions have double function: in one side, to facilitate identifying bias when perceiving environmental information, and on the other side, keep the negative beliefs of a person about himself, the world and the future (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Zhang, 2008). In his work with depressive patients, Beck (1963) dfined six systematic errors in thinking: *arbitrary inference* (the process of reaching a conclusion without evidence or with evidence contrary to conclusion), *selective abstraction* (assessment of an experience focusing on a specific detail that is out of context and ignoring other more relevant elements in the situation), *overgeneralization* (process of reaching a conclusion or make a general rule based on isolated incidents, and apply it either on situations related with the incident or not), *magnification and minimization* (the

patient evaluates himself, others or any situation and exaggerates negative issues and minimize positive ones or vice versa) and *dichotomous or absolutist thinking* (the person perceives the situation in two categories instead of considering all type of possibilities). There are other questionnaires that measure different styles of processing relating to depression in adults (Leitenberg et al., 1986), like *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS), developed by Weismann and Beck (1978) or *Cognitive Bias Questionnaire* (CBQ), developed by Krantz and Hammen (1979); however, only Lefebvre (1981) designed a measurement with separate scales for the cognitive errors described by Beck (Karakaya et al., 2007; Leitenberg et al., 1986; Maric, Heyne, Van Windenfelt and Westenberg, 2011).

To assess cognitive errors in depressed adults, Lefebvre (1981) developed CEQ. During his investigation, this author observed that some of the cognitive errors developed by Beck overlapped, giving rise to the four distortions included in this questionnaire: *catastrophizing, overgeneralization, personalization and selective abstraction* (Maric et al., 2011). This instrument is composed of 48 items (each of them describe in, in two or three lines, an stressful experience followed by a negative thought that shows a distortion), measures this four cognitive errors in three different ways: job, family/house and leisure (Christensen et al., 1999a; Lefebvre, 1981). CEQ can be divided in two parts, each composed with 24 item (Christensen et al, 1999a; Goubert et al., 2005; Lefebvre, 1981): general CEQ (it assesses dysfunctional cognitions related with experiences in day life), CEQ LBP (like de general one, but the topic includes a problem, a personal limitation or an interpretation related with backache). With good psychometric properties, Lefebvre (1981) developed a measurement that provides useful information about how depressed people systematically interpret events in a negative way. Years later, Leitenberg et al. (1986) extended this investigation line in children, identifying a group of cognitive errors similar to those found in adults.

Although it was originally designed to measure distorted cognitive process related to depression, CNCEQ has been widely used to evaluate children with other emotional and behavioral problems (Messer, Kempton, Van Hasselt, Null and Bukstein, 1994; Weems et al., 2001). With this measurement, it has been identified cognityive distortions self-humiliating between children with depression (Leitenberg *et al.* 1986), anxiety, (Watts and Weems 2006; Weems et al., 2001) and those with both symptoms (Messer et al, 1994).

This questionnaire, is composed of 24 items, each of them represents, similarly to CEQ, two or three lines that describe an hypothetical situation followed by several statements that shows one of the for cognitive errors (Flouri and Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Karakaya et al., 2007; Leitenberg et al., 1986; Messer et al., 1994; Watts and Weems, 2006; Weems et al., 2001). This instrument can be divided in four subscales (Kingery et al., 2009; Weems et al., 2001), each of them assesses a cognitive distortion (*catastrophizing*, *overgeneralization*, *personalization* and *selective abstraction*). Each subscale is composed of 6 items, which content is distributed in three relevant context in children life: social, academic and sport (Flouri and Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Karakaya et al., 2007; Kingery et al., 2009; Watts and Weems, 2006; Weems et al., 2001). A fourth context was omitted (family life), because it was considered intrusive or threatening (Leitenberg et al., 1986).

The children answers this questionnaire through a Likert scale of five points (where 1 means “I don’t agree that at all” and 5 means “I quite agree”) that helps to indicate the similarity degree between the statement and their way of thinking when they imagined that situation. In CNCEQ the minimum score is 24 points and the maximum is 120 (Epkins, 1998; Flouri and Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Kingery, Kepley, Ginsburg y Walkup, 2009; Leitenberg et al., 1986; Maric, 2010; Watts and Weems, 2006; Weems et al., 2001).

Leitenberg et al., (1986) got a passable internal consistency, test-retest reliability and construct validity for this questionnaire (Epkins, 1998; Flouri and Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Watts and Weems, 2006; Weems et al., 2001). Test-retest reliability for each error type varies from .44 to .58 and for each area between .56 and .59. For the maximum score, test-retest reliability was about .65. Regarding internal consistency, authors refer a high Cronbach α for the total score ($\alpha = .89$), as well as the others subscales: *catastrophizing* ($\alpha = .73$), *overgeneralization* ($\alpha = .76$), *personalization* ($\alpha = .77$) and *selective abstraction* ($\alpha = .59$).

Since the original publication, in 1986, CNCEQ has been quoted more than 150 times in literature (Maric, 2010) and has been used to assess cognitive errors in a wide variety of children disorders (both internalizing and externalizing types of disorder). It has

proved to be sensitive to changes caused by treatment and has been used to investigate mediators and moderators of behavioral theory in children. In addition, it has been translated and applied across different cultures (Maric, 2010; Maric et al., 2011).

Objectives. The main goal of this doctoral thesis is psychometric adaptation of CNCEQ (Leitenberg et al., 1986) in order to have an instrument to identify and measure self-humiliating cognitive distortions in Spanish children. The psychometric adaptation has been fulfilled determining a) reliability and internal consistency of the questionnaire and its respective subscales (*catastrophizing, overgeneralization, personalization and selective abstraction*), expecting to obtain a passable reliability degree in both CNCEQ and subscales for a Spanish population; b) construct validity, testing it with different models of factorial structure, hypothesizing that questionnaire will show a general structure composed of four first class factors; c) discriminated validity, looking for significant differences between scores of the total scale and each other scales according to age, sex and academics skills of the participants; and d) predictive validity with aggression questionnaires (AQ and RPQ), establishing the accuracy to predict aggressiveness from the scores of the questionnaire.

Research design. This is an empirical and transversal study because the objective is to measure one or more characteristics in a specific moment. The distinctive feature of this investigation is to measure criteria and predictive variables at the same moment, making only one observation.

Participants. In this investigation we have the participation of 2047 person between 12 and 22 years old. Average age was 15.25 years, while the standars deviation was 1.769 years. 50.7% of the participants were male (1038 person), while the 47.3% were female (1009 person). Given the interest in analyzing age differences produced in each distortion, the population was separated in three age groups: *group 1*, composed of teenagers between 12 and 14 years old (698 participants), *group 2*, composed of youngsters between 15 and 16 years old (797 participants) and finally, *group 3*, composed of youngsters between 17 and 22 years old (552 participants).

The whole majority of the participants in this study came from several schools of the province of Madrid. This participants were in different educational levels, specifically, 4.1% of the participants ($n = 83$) were in *Primary Education*, 71.6% ($n = 1465$) were in

Secondary Education, 20.7% (n = 424) studied *General Certificate Education*, 1.6 % (n = 33) were attending *Vocational Education*, .2% (n = 4) weren't studying any course at all and finally 1.1% (n = 22) attended other type of education.

All the participants accepted voluntarily to do the test, which was absolutely confidential.

Measures. During the realization of this study we choose instruments that showed validity and reliability in the measure of the variables. These instruments were *Aggression Questionnaire* (AQ; Buss and Perry, 1992, adapted by Andreu, Peña and Graña, 2002), *Reactive and Proactive Questionnaire* (RPQ; Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al., 2006, adapted by Andreu, Peña and Ramírez, 2009) and *Cognitive Negative Children's' Error Questionnaire*.

The *Aggression Questionnaire* (AQ) was developed by Buss and Perry (1992), and was adapted for Spanish population by Andreu, Peña and Graña (2002). This questionnaire was used in several studies of aggressive behavior in children, composed of 29 items that group in four factors: *physical aggressiveness* (composed of 9 items), *verbal aggressiveness* (composed of 5 items), *ire* (7 items) and *hostility* (8 items). The internal consistency values (Cronbach α) for both total scale ($\alpha = .88$) and sub-scales ($\alpha = .86$ for *physical aggressiveness*, $\alpha = .77$ for *ire* and $\alpha = .72$ for *hostility*) were suitable and similar to those obtained by the original authors, although *verbal aggressiveness* ($\alpha = .68$), was a bit lower for the Spanish psychometric version.

The *Reactive and Proactive Questionnaire* was developed by Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al. (2006), has been adapted for Spanish population by Andreu, Peña and Ramírez (2009). This instrument, tries to evaluate motivation of participants to make an aggression and its context, it is composed of 23 items (12 items assess *instrumental or proactive aggressiveness* and 11 items assess *hostile or reactive aggressiveness*). Internal consistency values (Cronbach α) for total scale ($\alpha = .91$) and for sub-scales of *reactive aggressiveness* ($\alpha = .84$) and *proactive aggressiveness* ($\alpha = .87$) were suitable and similar to those obtained by the original authors. In addition, this questionnaire application is very quick because of its grammatical simplicity (it can be taken among youngster from 8 years old and teenagers with reading limitations) and shows physical and verbal aggression.

Cognitive Negative Childrens' Error Questionnaire (CNCEQ) was developed by Leitenberg et al. (1986) and measures distorted processing of information in children through 24 items. Each item describes an stressful experience followed by a negative thought that shows a cognitive distortion (*catastrophizing, overgeneralization, personalization and selective abstraction*) distributed in three different context (social, academic and sports). The questionnaire presents suitable psychometric properties: test-retest reliability for each kind of distortion varies between .44 and .58, and for the content areas varies between .56 and .59. test-retest reliability for the total score was .65. In relation to internal consistency, the authors refer high a Cronbach *alpha* for the questionnaire total score ($\alpha = .89$), as well as for the different sub-scales: *catastrophizing* ($\alpha = .73$), *overgeneralization* ($\alpha = .76$), *personalization* ($\alpha = .77$) and *selective abstraction* ($\alpha = .59$). On the other hand, there were found high correlations between the three area content (range = .57 and .60) and between the four error types (range = .49 and .56).

Results. Firstly, the exploratory factorial analysis applied (Principal Components Method and Varimax Rotation) showed a test structure composed of four dimensions. That factorial analysis showed four factors that explained the 44.043% of total variance with high item saturation for the four factors (factorial weights for the items over .35 and beneath .35 in any other factor).

Once the underlying factorial structure related with CNCEQ was studied in Spanish people, the next step was to determine reliability indexes (Cronbach *alpha*) for of the questionnaire subscales *overgeneralization* ($\alpha = .717$), *personalization* ($\alpha = .706$), *catastrophizing* ($\alpha = .671$) and *selective abstraction* ($\alpha = .615$), as well as total score of the questionnaire ($\alpha = .885$).

To determine influence of age and gender on cognitive distortions informed by participants, we applied an ANOVA (Variance analysis). In relation to differences between men and women, results suggest that gender has no effect at all in CNCEQ total score (2.2475 vs. 2.2685; $t_{2038} = -.795$; n.s.), however when measuring area contents, was observed that there were significant differences between men and women: social (2.3133 vs. 2.3735; $t_{2038} = -1.909$; $p < .05$), academic (2.2853 vs. 2.3735; $t_{2038} = 1.699$; $p < .05$) and sports (2.1440 vs. 2.1985; $t_{2038} = -1.886$; $p < .05$), although this cognitive distortion is more often in women than men. Analyzing differences in the other subscales by gender, there

were found significant differences in *catastrophizing* (2.2672 vs. 2.3373; $t_{2038} = -2.303$; $p < .05$) where women present higher mean, although this differences were observed only in social context (2.2205 vs. 2.3787; $t_{2038} = -4.042$; $p < .05$) and sports (1.9947 vs. 2.0716; $t_{2009.008} = -2.067$; $p < .05$); *overgeneralization* where women present higher distortion levels (2.1590 vs. 2.3215; $t_{2000.416} = -4.891$; $p < .05$), even in social context (2.3845 vs. 2.4836; $t_{2033} = -2.255$; $p < .05$), academic (2.3248 vs. 2.5005; $t_{1993.061} = -3.779$; $p < .05$) and sports (1.732 vs. 1.9821; $t_{2037} = -5.431$; $p < .05$); and *personalization* where men present higher punctuation than women (2.1828 vs. 2.0746; $t_{2038} = 3.422$; $p < .05$), even in social context (2.0629 vs. 1.9771; $t_{2038} = 2.140$; $p < .05$), academic (2.1846 vs. 2.0184; $t_{2034} = 4.060$; $p < .05$) and sports (2.279 vs. 2.2237; $t_{2038} = 1.792$; $p < .05$). However, there were no differences between men and women in *selective abstraction* (2.3811 vs. 2.3422; $t_{2038} = 1.300$; n.s.), although there were differences in academic areas (2.0427 vs. 1.8557; $t_{2034} = 5.031$; $p < .05$), and social (2.5845 vs. 2.6577; $t_{2032} = -1.790$; $p < .05$), where average was higher in women.

Regarding to age, there were no significant differences in total score ($F_{2, 2037} = .044$; n.s.). However, there were statistically significant differences in social context ($F_{2, 2037} = 4.324$; $p < .05$) and academic ($F_{2, 2037} = 3.116$; $p < .05$). Considering the sub-scales, there were no statically significant differences in age groups in *catastrophizing* ($F_{2, 2037} = 1.024$; n.s.), and *selective abstraction* ($F_{2, 2037} = .402$; n.s.). Although, in *catastrophizing*, there were significant differences considering area contents but only in social context ($F_{2, 2037} = 5.173$; $p < .05$). There were also differences by age in *overgeneralization* ($F_{2, 2037} = 7.174$; $p < .05$) and *personalization* ($F_{2, 2037} = 3.613$; $p < .05$). Considering content areas in *overgeneralization*, there were differences by age in academic context ($F_{2, 2037} = 14.040$; $p < .05$) and sports ($F_{2, 2037} = 8.146$; $p < .05$), except in social context. In *personalization*, there were differences by age in social context ($F_{2, 2037} = 7.550$; $p < .05$) and sports ($F_{2, 2037} = 4.453$; $p < .05$).

To study differences in this questionnaire total score according to academic level, we applied *Kruskal-Wallis test*. Results showed significant differences in academic level for the total score ($\chi^2_5 = 12.054$; $p < .05$) and, considering content areas, there were differences in social context ($\chi^2_5 = 13.727$; $p < .05$) and academic ($\chi^2_5 = 10.573$; $p < .05$). According to sub-scales, was observed no significant differences in each academic level for *catastrophizing* ($\chi^2_5 = 9.681$; n.s.), *overgeneralization* ($\chi^2_5 = 4.823$; n.s.) and *selective*

abstraction ($\chi^2_5 = 10.563$; n.s.). However, considering content areas, there were significant differences in *catastrophizing* for social context ($\chi^2_5 = 11.713$; $p < .05$) and in *selective abstraction* for academic context ($\chi^2_5 = 10.754$; $p < .05$). According to *personalization* sub-scale, it was observed differences for different academic levels ($\chi^2_5 = 2.895$; $p < .05$), although considering content areas, this differences only appeared in social context ($\chi^2_5 = 24.819$; $p < .05$) and not in the rest of the context, academic ($\chi^2_5 = 3.810$; n.s.) and sports ($\chi^2_5 = 12.054$; n.s.).

Finally, we studied the criteria validity with a correlation analysis and a regression analysis for both AQ questionnaire (and its respective subscales) and RPQ questionnaire (and its scales). Regarding AQ questionnaire, there were low correlations between variables, all of them lower to .30. There were passable correlations between *hostility* and *catastrophizing* ($r = .370$), *overgeneralization* ($r = .399$), *personalization* ($r = .339$), *selective abstraction* ($r = .337$) and CNCEQ total score ($r = .430$); and between AQ total score and *selective abstraction* ($r = .328$) and CNCEQ total score ($r = .322$). The regression analysis performed concluded that physical aggressiveness sub-scale, *selective abstraction*, *catastrophizing*, *personalization* and CNCEQ total score explained 5% of variability, in *verbal aggressiveness*, the 5.4% of variability will be explained with *selective abstraction*, *catastrophizing* and *overgeneralization*, in *ire*, 8.1% of variability will be explained with *selective abstraction* and *overgeneralization*, and in *hostility*, 18.7 % of variability will be explained with CNCEQ total score and *overgeneralization*. And for AQ total score, *selective abstraction*, *overgeneralization* and *personalization* explained 11.9% of variability.

To conclude, regarding RPQ we could appreciate statistically significant correlations between questionnaires and their scales, however, there are low correlations for the variables, all of them lower than .30. The regression analysis concluded that for *reactive aggressiveness*, the 7.5 % variability was explained with *personalization*, *selective abstraction*, *catastrophizing* and *overgeneralization*. And for *proactive aggressiveness*, 5.6% of variability was explained with CNCEQ total score, *personalization*, *selective abstraction*, *catastrophizing* and *overgeneralization*.

Conclusion. Having finished this study, adapting this questionnaire to Spanish children, we can concluded that, generally speaking, results suggest that CNCEQ has suitable

psychometric properties, in other words, this instrument presents good scores to measure auto-humiliating cognitive distortions in children. In addition, the results obtained are similar to those obtained by original CNCEQ developed by Leitenberg et al. (1986).

According to construct validity, CNCEQ total score and its sub-scales have a correct correlation, however, items don't score in each factor like in the investigation performed by Leitenberg et al. (1986), despite of being the only study (except for Karakaya et al., 2007) that shows empirical results for the division of cognitive errors considered in the original study.

Internal consistency results show that total score in the questionnaire presents a high reliability, however, interpretations and assessment of the sub-scales should be taken with care because they present a lower consistency, suggesting that its use is not enough to take diagnosis or interventional decisions.

According to discriminated validity, we studied differences between CNCEQ total score and sub-scales related to sex, age and academic level. Specifically, results suggest that women, generally speaking, show more cognitive distortion than men (with statistically significant differences for each group), specially *catastrophizing* and *overgeneralization*, mainly in social and sports context. On the other hand, men often present cognitive distortions related to *personalization*, no matter the area content evaluated. There are no statistically significant differences by age in total score, although there are differences in *catastrophizing* and *personalization*; on the contrary, there were no differences by age between *catastrophic thoughts* and *selective abstraction*. Apart from this, there were found a high average distortions in total score for uneducated youngster (with significant differences in each group) and in high school students, who present lower cognitive distortions.

Finally, we analyzed how auto-humiliating cognitive distortions could predict aggressive behavior, and results showed that there are no high correlations between CNCEQ total score and its sub-scales and AQ and RPQ questionnaires and their respective sub-scales (*verbal aggressiveness*, *physical aggressiveness*, *ire and hostility*; and *reactive and proactive aggression*), although correlations found were statistically significant. In the same way, regression analysis performed between different distortions and aggressive

behavior, indicated a very low contribution in the explanation of verbal and physical aggression, ire and as well as reactive and proactive aggression; outlining only *hostility*.

Key Words. CNCEQ, AQ, RPQ, cognitive distortions, catastrophizing, selective abstraction, personalization, overgeneralization.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

DISTORSIONES COGNITIVAS

1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

El término de distorsión cognitiva fue desarrollado por Aaron Beck (1963) dentro del marco de su *Teoría Cognitiva para la Depresión*, para hacer referencia a los errores de procesamiento de la información que los individuos depresivos cometen como producto de la activación esquemas negativos (Carrasco Galán, 2004; Yurica y DiTomasso, 2005). Estas distorsiones tienen una doble función: por un lado, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio, es decir, son capaces de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo, en uno que se experimenta como negativo; y, por otro, mantienen las creencias negativas del depresivo a cerca de sí mismo, el mundo y el futuro, es decir, mantienen la *Triada Cognitiva Negativa* (Carrasco Galán, 2004; Navathe, Ward y Gannon, 2008).

La *Terapia de Conducta Racional-Emotiva* de Ellis (1961) y la *Terapia Cognitiva* de Beck (1976) postulan que el pensamiento disfuncional es fundamental en la psicopatología. Los enfoques se diferencian, sin embargo, en el tipo de cogniciones que son consideradas importantes (Boelen y Baars, 2007). Mientras que Beck (2002) propone un modelo de pensamientos automáticos distorsionados que reflejan sistemas de *creencias distorsionadas* y “*depresógenas*” subyacentes con respecto a sí mismo, el mundo o el futuro, Ellis (1975) habla de *pensamientos y creencias* (similares a los propuestos por Beck) que etiqueta como “*irracionales*”.

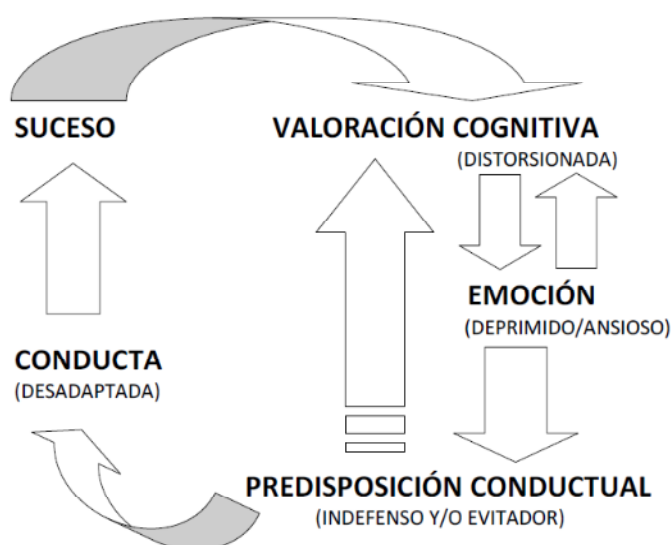
1.1. Teoría Cognitiva de Beck

La *Terapia Cognitiva* fue formulada y desarrollada por Beck en los años 60, dentro del marco de la depresión unipolar (Beck, 1963, 1964; Carrasco Galán, 2004; Wright y Beck, 1996) y, sin lugar a dudas, es una de las corrientes psicológicas que más se

han desarrollado en los últimos años, tanto a nivel teórico como a nivel aplicado (Caro, 2007a; Riso, 2008).

La *Terapia Cognitiva* es un sistema de psicoterapia basado en las teorías sobre el procesamiento patológico de la información en los trastornos mentales (Wright y Beck, 1996). El objetivo de esta terapia va dirigido a modificar, por un lado, las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y, por otro, las disfunciones conductuales relacionadas con éstas (Caro, 2007a; Mobini, Pearce, Grant, Mills y Yeomans, 2006; Wright y Beck, 1996); es decir, lo que se pretende es ayudar al paciente a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional (y el efecto que éste tiene sobre su conducta) y enseñarle las estrategias de afrontamiento adecuadas para que pueda llevar a cabo su vida de una manera más satisfactoria (Caro, 2007a).

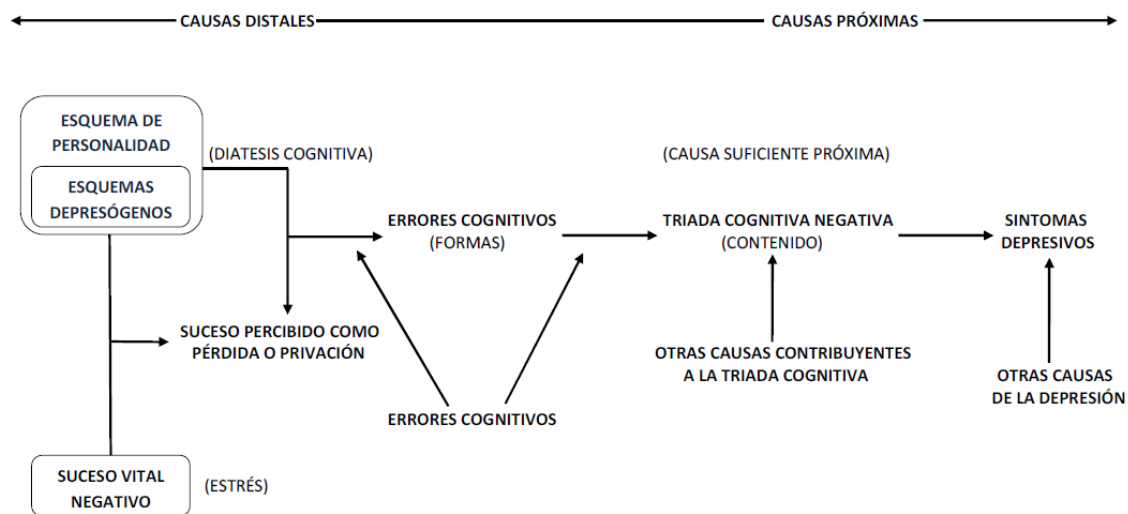
El elemento fundamental del modelo de Beck se basa en que existen una serie de errores característicos en el procesamiento de la información en la depresión, la ansiedad, de personalidad y otras psicopatologías (Carrasco Galán, 2004; Wright y Beck, 1996), de tal forma que, durante el proceso de interpretación de una situación, se podrían activar esquemas cognitivos negativos que llevan al individuo a cometer distorsiones en el procesamiento de la información de dicha situación (Carrasco Galán, 2004; Henriques y Leitenberg, 2002). Así pues, el elemento responsable de la emisión de respuestas, tanto emocionales como conductuales desajustadas, sería la estructuración cognitiva de la situación. Esta perspectiva de la terapia cognitiva viene representada en la *figura 1* (Wright y Beck, 1996), donde se observa la valoración cognitiva tiene una importancia central en este modelo. Sin embargo, hay que señalar que esta terapia no presupone que la patología cognitiva sea la única causa de aparición de síndromes específicos, o que otros factores (como la predisposición genética, alteraciones bioquímicas o conflictos intra y/o interpersonales) no tengan relación con la etiología de la enfermedad psiquiátrica (Wright y Beck, 1996). Se da por hecho, que la mayoría de las formas de psicopatología tienen etiologías complejas que comprenden influencias cognitivas, biológicas, sociales e interpersonales.

Figura 1. *Procesamiento cognitivo desadaptativo (Wright y Beck, 1996)*

Esta teoría postula, además, una relación estrecha entre cognición y emoción, de tal forma que se concede a la cognición el papel de precursora del estado emocional (Méndez, Olivares y Moreno, 2001) y, a su vez, la emoción puede estimular e intensificar la distorsión cognitiva (Wright y Beck, 1996). La perturbación emocional depende del potencial que tienen los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. De este modo, los contenidos negativos de las cogniciones que aparecen en los trastornos emocionales son, según Beck, idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo y, como consecuencia, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional (Carrasco Galán, 2004).

Centrándose en la depresión, la *Teoría Cognitiva* mantiene (figura 2) que existe una predisposición para este trastorno que consiste en una de vulnerabilidad cognitiva preexistente y relativamente estable. Esta vulnerabilidad la conformarían conceptos o esquemas cognitivos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (conocidos como *Triada Cognitiva Negativa*) adquiridos, probablemente, durante la infancia a través de experiencias personales negativas; de la identificación con personas significativas; o de la percepción de las actitudes negativas de los otros. Los esquemas con contenido negativo constituyen la “*diátesis*” (predisposición) cognitiva en la teoría de Beck sobre la depresión (Carrasco Galán, 2004; Henriques y Leitenberg, 2002; Yurica y DiTomaso, 2005).

Figura 2. Teoría cognitiva de la depresión de Beck (Sanz y Vázquez, 2008, p. 277)



Sin embargo, se considera que la existencia de este tipo de esquemas negativos no es suficiente para que aparezca la depresión, puesto que pueden permanecer latentes. Para que la depresión aparezca es necesario que dichos esquemas se activen al interactuar con experiencias negativas de la vida análogas a las que en un principio fueron responsables de la formación de las actitudes negativas (Henriques y Leitenberg, 2002). Cuando tienen lugar esos acontecimientos aversivos, los esquemas negativos subyacentes se activan y surgen los pensamientos propios de la depresión y los sesgos cognitivos que facilitan un procesamiento de la información coherente con los contenidos del esquema activado. En resumen, el *modelo diátesis-estrés* sobre la depresión postula que cuando las personas que manifiestan “diátesis” cognitiva se enfrentan a estímulos estresantes equivalentes a los que originó el esquema, tienen más probabilidades de experimentar una reacción depresiva que aquellas que no manifiestan esta predisposición. (Carrasco Galán, 2004; Wright y Beck, 1996; Yurica y DiTomaso, 2005).

De este modo, Beck ha sugerido que existen dos niveles principales de procesamiento de la información disfuncional (Beck, 2002; Coyne y Gotlib, 1983; Henriques y Leitenberg, 2002; Mobini et al., 2006; Wright y Beck, 1996):

- Esquemas: son concebidos como estructuras cognitivas relativamente estables, que canalizan el pensamiento procesado, independientemente de si hay estimulación

ambiental inmediata, o no (Beck, 1964). Es decir, contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno (Caro, 2007a; Coyne y Gotlib, 1983; Wright y Beck, 1996). Así pues, cuando un conjunto de estímulos afectan al individuo, un esquema relevante de estos estímulos es activado, abstrayendo y moldeando los datos brutos en pensamientos y cogniciones (Beck, 1964; Méndez et al., 2001).

Este concepto es utilizado para explicar por qué las personas deprimidas persisten en su auto-defecto y actitudes de dolor inducido de cara a la evidencia en contra o por qué un individuo en particular puede reaccionar de manera diferente ante eventos objetivamente idénticos, o puede mostrar el mismo tipo de respuesta en situaciones aparentemente diferentes (Coyne y Gotlib, 1983).

La característica (*cuadro 1*) más llamativa de los esquemas es su *contenido* (Beck, 1964; Méndez et al., 2001), que generalmente se presenta en forma de generalización y corresponde a las actitudes de los individuos, sus metas valores y concepciones. Otras características adicionales que los definen son a) su *amplitud* (cómo de amplio es su marco de aplicación); b) su *flexibilidad* (entendida como su resistencia al intento de modificación); c) su *densidad*, es decir, qué capacidad tienen para relegar a segundo plano otros esquemas competitivos; y d) su *valencia* (cuál es su grado de procesamiento de información) (Méndez et al., 2001).

Cuadro 1. Características de los esquemas

Contenido
Amplitud
Flexibilidad
Densidad
Valencia

- Pensamientos automáticos: Se refieren a un nivel de procesamiento más inmediato y superficial (Mobini et al., 2006) y son fruto directo de los esquemas (Caro, 2007a). Beck define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas que aparecen automáticamente sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse (Caro, 2007; Carrasco Galán, 2004; Riso, 2008; Wright y Beck, 1996); Además, estos pensamientos están asociados a la conducta disfuncional y a las emociones negativas (Mobini et al., 2006).

Tabla 1. Características de los pensamientos automáticos (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Riso, 2008)

CLARK, BECK Y ALFORD	BECK	CARO	CARRASCO GALAN
Pasajeros	Comunes a todos	Involuntarios	Reflejos
Específicos	Breves	Plausibles	Irracionales
Discretos	Inmediatos	Impermeables/	Inadecuados
Espontáneos	Se aceptan como	Inmodificables	Plausibles
Inmediatos	verdaderos	Poco razonables	Involuntarios
Involuntarios	Verbales y/o visuales	Disfuncionales	
Consistentes con el estado afectivo	(imágenes)	Repetitivos	
Sesgan la realidad		Idiosincrásicos	

Diferentes autores han destacado las características de los pensamientos automáticos (*tabla 1*), pero una característica crucial de éstos es que representan diferentes grados de distorsión de la realidad, es decir, los pensamientos automáticos contienen, a menudo, distorsiones cognitivas, que es preciso aislar y corregir (Carrasco Galán, 2004).

Las distorsiones cognitivas fueron descritas por Beck como resultado de una forma de procesar la información que da lugar a errores identificables en el pensamiento (Carrasco Galán, 2004; Rodríguez-Testal, Carrasco, del Barrio y Catalán, 2002; Wright y Beck, 1996; Yurica y DiTomasso, 2005). De este modo, las distorsiones cognitivas son definidas como errores sistemáticos que cometen las personas en el procesamiento de la información (; Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Rodríguez-Testal et al., 2002).

Como ya hemos dicho, estas distorsiones cognitivas realizan una doble función (Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Zhang, 2008): a) facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio, y b) mantienen la validez de las creencias negativas del individuo a cerca de sí mismo, el mundo y el futuro.

Tabla 2. *Distorsiones cognitivas (Beck, 1963, 2002; Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Méndez et al., 2001; Riso 2008; Vázquez, 2008; Wright y Beck, 1996; Yurica y DiTomasso, 2005)*

Inferencia arbitraria	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.
Abstracción selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.
Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular como no relacionadas.
Magnificación o minimización	El paciente se evalúa así mismo, a otros o a una situación y exagera lo negativo y minimiza lo positivo, o viceversa.
Etiquetado incorrecto	Utilizar una etiqueta para describir la conducta, y entonces imputar todos los significados que la etiqueta supone.
Lectura de la mente	El paciente asume que conoce lo que los demás están pensando y tiene suficiente evidencia de ello.
Adivinar el futuro	El individuo predice el futuro en un sentido negativo, involucrando fallas o peligros. Está referido a eventos o comportamientos calamitosos dónde el afecto no está explícitamente involucrado.
Catastrofización	El individuo piensa que lo que le sucederá será terrible e insoportable y que no será capaz de afrontarlo. Aquí sí se involucra el aspecto afectivo, es decir, lo que “se sentirá” si el evento tiene lugar.
Catalogar o rotular	El individuo asigna rasgos negativos globales a sí mismo y a otros. No se señala un comportamiento o un pensamiento en particular, sino que se ataca a la persona como un todo.
Descalificar o dejar de lado lo positivo	El sujeto considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o las cualidades propias o ajenas, no valen nada.
Pensamiento dicotómico	El sujeto ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda la gama de posibilidades intermedias (matices).
Personalización	Tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo o inadecuado.

Tabla 2 (cont.). *Distorsiones cognitivas (Beck, 1963, 2002; Caro, 2007a; Carrasco Galán, 2004; Méndez et al., 2001; Riso 2008; Vázquez, 2008; Wright y Beck, 1996; Yurica y DiTomasso, 2005)*

Echar la culpa	El sujeto considera que otras personas son el origen o la causa de sus sentimientos negativos y se niega a tomar la responsabilidad de su propio cambio.
Comparación falsa	La persona interpreta los eventos con estándares poco realistas. Se focaliza en aquellos sujetos que son “mejores que él” en algún aspecto y, obviamente, se siente inferior en la comparación.
Externalización del autoestima	Desarrollo y mantenimiento de la autoestima se basa exclusivamente en cómo el mundo externo ve a uno.
Olvidar lo positivo	Decidir que si una cosa buena ha sucedido no puede ser importante.
Hacer enunciados de “debo”	Decirse a uno mismo lo que debe hacer (o debería haber hecho) cuando es más preciso decir que le gustaría (o desearía) hacer algo.
Saltar a conclusiones	Focalizarse en un aspecto de una situación al decidir cómo comprenderla.
Apelar a la ignorancia	Asumir que si uno no comprende lo que sucede, nadie puede hacerlo.
Control irreal	Creer que la vida de uno está completamente determinada por fuerzas externas o internas. Creer que uno es capaz de controlarlo todo.
Confundir probabilidades con posibilidades	Si un suceso puede ocurrir, entonces es probable que suceda.
Pensamiento estereotipado	Usar lugares comunes, tópicos o frases estereotipadas para juzgar las cosas importantes.
Perfeccionismo	Establecer un criterio muy estricto o elevado para el propio comportamiento o el de los demás y usarlo como la medida normal de las cosas.
Psicologización	Buscar siempre elementos explicativos psicológicos ignorando circunstancias, el azar u otras cosas.

En su trabajo con pacientes depresivos, Beck (1963) definió seis errores sistemáticos en el pensamiento: *inferencia arbitraria*, *abstracción selectiva*, *sobregeneralización*, *magnificación y minimización* y *pensamiento dicotómico o absolutista*. Años más tarde, Burns (1980, citado por Yurica y DiTomasso, 2005)

renombró y extendió esas seis distorsiones cognitivas a 10 tipos: *pensamiento de todo o nada*, *sobregeneralización*, *filtro mental*, *descontar lo positivo*, *saltar a las conclusiones*, *magnificación*, *razonamiento emocional*, *declaraciones de debería*, *etiquetado* y *personalización y culpa*. A lo largo de los años, se han ido incluyendo distorsiones cognitivas adicionales (tabla 2) y, además, han sido examinadas en fenómenos conductuales y psicológicos distintos a la depresión como pueden ser las conductas antisociales (Barriga y Gibbs, 1996), los trastornos de alimentación (Garner y Bemis, 1982), o problemas de ansiedad (Clark y Beck, 2012). De este modo, se ha defendido que las distorsiones cognitivas juegan un papel importante en el mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos (Yurica y DiTomasso, 2005).

1.2. Teoría Racional Emotiva (TRE) de Ellis

La *Teoría Racional Emotiva*, fundada por Ellis a comienzos de los años 70, es la primera terapia de reestructuración cognitiva (Caro, 2007b; Carrasco Galán, 2004). Esta teoría mantiene la idea de que, fundamentalmente en el campo de las alteraciones psicológicas, existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde las cogniciones, las emociones y las conductas se superponen (Carrasco Galán, 2004).

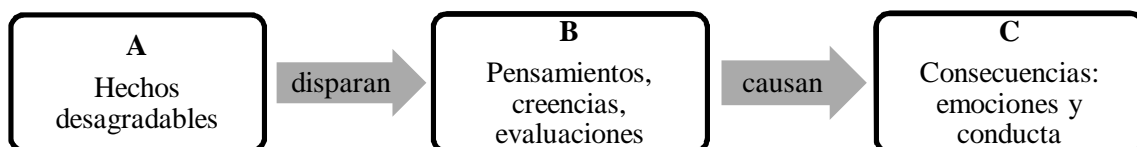
Ellis considera que el ser humano es capaz de comportarse de manera racional e irracional y, solamente cuando actuamos y pensamos de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices y efectivos (Caro, 2007b; Navas, 1981). Por lo tanto, la *TRE* parte del supuesto general de que la forma en que percibimos los hechos, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emocional y conductual. Así, la causa de la mayoría de los problemas psicológicos se debe a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos o irracionales (Carrasco Galán, 2004; Méndez et al., 2004). La irracionalidad, según Ellis (1975) significa que cualquier pensamiento, sentimiento o conducta que lleva a la autodestrucción o a la auto-derrota, interfiere significativamente con la supervivencia y la felicidad del organismo. Es decir, lo irracional (cuadro 2) va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y, que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos (Caro, 2007b):

Cuadro 2. Aspectos de la conducta irracional (Ellis, 1975)

-
1. El individuo cree, la mayoría de las veces de una forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no
 2. Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas
 3. Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de estos grupos de referencia
 4. Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener
 5. Impide que trabajemos de forma madura y productiva
 6. Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos
-

Relacionado con los principios del pensamiento racional e irracional se encuentra el *modelo ABC* (Caro, 2007b; Carrasco Galán, 2004). Este modelo representa las reacciones emocionales y las conductas de los individuos, partiendo de la teoría central de que las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones, sino que éstas son producidas por la opinión que las personas tienen sobre las cosas (Carrasco Galán, 2004).

En este modelo (Caro, 2007b; Carrasco Galán, 2004; Méndez et al., 2004; Navas, 1981), **A**, se refiere a los hechos activadores, es decir, un suceso real y externo que se presenta al sujeto. **B**, inicialmente se correspondería al bloque de pensamientos, creencias o evaluaciones que lleva a cabo la persona. Ellis (Caro, 2007b) lo ampliaría más tarde para incluir tres tipos de cogniciones: las *cogniciones frías* (observaciones y percepciones no evaluadoras), las *cogniciones cálidas* (evaluaciones positivas y negativas preferenciales) y las *cogniciones calientes* (exigencias y evaluaciones positivas y negativas de tipo absolutista). Y, por último, **C**, serían las consecuencias emocionales y conductuales que tiene para la persona pensar como lo hace ante determinados hechos activadores (*figura 3*).

Figura 3. Modelo ABC

En un principio, debemos partir de que el paciente comprende que en su vida hay hechos desagradables o activadores (tanto en el pasado como en el presente o en el futuro). Estos hechos (que corresponderían a A) pueden contemplarse de dos maneras: de forma racional o irracional (que se corresponderían con B). Cada una de estas dos formas de entender o interpretar un hecho activador va a tener dos tipos de consecuencias: emocionales y/o conductuales que, a su vez, pueden ser apropiadas (si la interpretación es racional) o inapropiadas en el caso de que la interpretación sea irracional (Caro, 2007b).

Ellis sostiene que en nuestra sociedad, la familia, y otras instituciones, directa o indirectamente, nos adoctrinan de tal modo que llegamos a creer una serie de ideas supersticiosas o sin sentido (*cuadro 3*), que producen trastornos emocionales en las personas (Méndez et al., 2004; Navas, 1981).

Cuadro 3. *Algunos grupos de pensamientos irracionales (Ellis, 1975)*

-
1. Costumbres y conformidad irracionales
 2. Irracionalidades relacionadas con el ego
 3. Irracionalidades relacionadas con el prejuicio
 4. Tipos comunes y pensamiento ilógico
 5. Experiencias y sentimientos irracionales
 6. Hábitos irracionales
 7. Irracionalidades religiosas
 8. Irracionalidades populares
 9. Irracionalidades de la salud
 10. Irracionalidades políticas
 11. Irracionalidades económicas
 12. Irracionalidades evitativas
 13. Irracionalidades de dependencia
 14. Irracionalidades de hostilidad
 15. Irracionalidades de búsqueda entusiasta
 16. Irracionalidades relacionadas con el pensamiento mágico
 17. Irracionalidades de inmoralidad
 18. Irracionalidades relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y hedonismo de corto alcance
 19. Irracionalidades de atribución
 20. Irracionalidades relacionadas con la memoria
-

Aunque cada individuo puede tener ideas irracionales particulares, Ellis considera que todas ellas se pueden agrupar en un número reducido de categorías generales. En una primera descripción, Ellis agrupó en torno a 10, todas las ideas irracionales básicas (Carrasco Galán, 2004; Ellis, 1961; Navas, 1981):

- Para el ser humano adulto es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad.
- Para considerarse a sí mismo valioso hay que ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
- Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- Cierta clase de persona es vil, malvada e infame; estas personas deben ser seriamente culpabilizadas y castigadas por su maldad.
- Si algo es, o puede ser, peligroso o terrible, uno debe sentirse muy inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- Invariablemente existe una solución precisa, concreta y perfecta para los problemas humanos, y si ésta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.
- La desgracia humana se origina en causas externas y la gente tiene muy poca capacidad, o ninguna, para controlar sus penas y perturbaciones.
- Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- La historia pasada de uno es determinante decisivo de la conducta actual, algo que ocurrió una vez y le conmocionó; debe seguir afectándole indefinidamente.
- Hay que lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada, o “divertirse” solo y pasivamente.

Estas ideas irracionales fundamentales quedarían más tarde englobadas en tres nociones básicas en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a los otros y al mundo (Carrasco Galán, 2004):

- Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.
- Debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo.
- Las condiciones de mi vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.

Cuadro 4. *Distorsiones cognitivas (Caro, 2007b; Carrasco Galán, 2004;)*

-
1. Resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
 2. Exagerar la situación.
 3. Condenar a las personas o al mundo en general si no proporcionan al individuo lo que este cree que merece.
 4. Pensamiento de todo o nada.
 5. Saltar conclusiones y “non-sequiturs”.
 6. Adivinar el porvenir.
 7. Descalificar lo positivo.
 8. Etiquetado incorrecto.
 9. Sobregeneralización.
 10. Perfeccionismo.
-

Esta filosofía personal de exigencias absolutas y dogmáticas genera un conjunto de distorsiones cognitivas que se relacionan con las creencias irracionales (Carrasco Galán, 2004). En el *cuadro 4*, se describen las distorsiones cognitivas que se encuentran relacionadas con procesos cognitivos irracionales. Para Ellis, cualquier perturbación emocional imaginable estaría relacionada con mucha probabilidad con alguna de estas creencias irracionales. El objetivo de la intervención será atacar, tanto las inferencias como el pensamiento absolutista y dogmático que las origina (Carrasco Galán, 2004).

2. DISTORSIONES COGNITIVAS, PSICOPATOLOGÍA Y CONDUCTA ANÓMALA

Como se ha explicado anteriormente, las distorsiones cognitivas son actitudes, pensamientos y creencias no verídicas o inexactas. El modelo de psicopatología en el que se fundamentan las terapias cognitivas, otorga a los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas un rol central en el origen y mantenimiento de las emociones negativas como la ansiedad, la depresión o la ira (Riso, 2008). Por tanto, el papel de las distorsiones cognitivas en el desarrollo de la psicopatología y conductas relacionadas con la inhibición y la retirada, ha sido ampliamente reconocido por investigadores y clínicos durante décadas (Barriga y Gibbs, 1996; Mobini et al., 2006).

2.1. Trastornos Adictivos: El Juego Patológico

Durante muchos años, la noción de “adicción” ha sido sinónimo de adicción a las drogas. No obstante, si los elementos centrales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, las adicciones no pueden limitarse simplemente a las conductas generadas por sustancias químicas como son los opiáceos, los ansiolíticos o el alcohol. De hecho, existen hábitos de conducta que parecen inofensivos y que, en ciertas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 1994, citado por Echeburúa, 2010).

Sabemos que cualquier conducta normal placentera tiende a repetirse y, por ello, es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Sin embargo, esto sólo ocurre cuando una persona muestra una pérdida habitual de control al realizar dicha conducta, continúa con ella a pesar de las consecuencias negativas y manifiesta una dependencia de la misma (Echeburúa, 2010). Este es el caso del juego patológico, ya que los síntomas de abstinencia que se observan cuando el individuo no puede jugar, son prácticamente iguales a los generados por las drogodependencias (humor depresivo, irritabilidad y problemas de concentración). Además, la dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforman el núcleo central de la adicción (Echeburúa, 2010, p. 34).

El juego patológico es un problema de salud importante reconocido tanto por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), como por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyéndolo en sus manuales diagnósticos (*tabla 3*). En el desarrollo de este trastorno intervienen tanto factores biológicos, como psicosociales y, por tanto, puede afectar a cualquier persona, sin discriminación de edad, género, origen y situación socioeconómica (González, 2010). Sin embargo, desde los años 80, el aumento de la atención ha ido dirigido al papel de los procesos cognitivos en la etiología y el mantenimiento de la conducta de juego problemática (Delfabbro, Lahn y Grabosky, 2006; Goodie y Fortune, 2013; Labrador, Fernández-Alba y Mañoso, 2002; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador, Mañoso y Fernández-Alba, 2008; Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004).

Tabla 3. *Criterios diagnósticos para Juego Patológico (APA, 2013, pp. 316-317)*

-
- A. Juego patológico persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:
1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
 2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
 3. Ha hecho esfuerzos repetidos por controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
 4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
 5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
 6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para ganar (“recuperar” las pérdidas).
 7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
 8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
 9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.
- B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco.

Especificar si:

Episódico: cumple los criterios diagnósticos en más de una ocasión, si bien los síntomas se apaciguan durante varios meses por lo menos entre periodos de juego patológico.

Persistente: experimentar síntomas continuos, para cumplir con los criterios de diagnóstico durante varios años.

Especificar si:

En remisión inicial: tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses sin llegar a 12 meses.

En remisión continuada: tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más.

Especificar la gravedad actual:

Leve: **4-5 ítems.**

Moderado: **6-7 ítems.**

Grave: **8-9 ítems.**

El juego patológico es un trastorno caracterizado por pensamientos irracionales sobre el juego (Buboushkin, Hardoon, Derevensky y Gupta, 2001; Delfabbro et al., 2006; Joukhador, Blaszczynski y MacCallum, 2004; González, 2010; Labrador, 2010; Labrador et al., 2002; Labrador, et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Mañoso et al., 2004). Los jugadores patológicos juegan porque, de una forma u otra, piensan que van a ganar el juego. Dado que el resultado de los juegos de azar es, por definición, impredecible e

incontrolable, creer que se puede predecir o controlar el resultado es un pensamiento irracional, una distorsión o un sesgo cognitivo (Labrador y Ruiz, 2008).

Cuadro 5. *Distorsiones cognitivas que pueden aparecer en el juego patológico*

1.	Ilusión e control
2.	Predicción de los resultados
3.	Azar como proceso auto-correctivo o falacia del jugador tipo I
4.	Suerte como responsable de los resultados
5.	Sesgo de las explicaciones post hoc o sesgo retrospectivo
6.	Atribución flexible o sesgo atribucional o auto-sirviente
7.	Perder por poco
8.	Correlación ilusoria y supersticiosa
9.	Fijación en las frecuencias absolutas
10.	Heurístico de disponibilidad
11.	Personificación de la máquina
12.	Heurístico de representatividad
13.	Confianza en la suerte
14.	Insensibilidad al tamaño muestral
15.	Falacia del jugador tipo II
16.	Estructura del problema
17.	Ratificación del sesgo o sesgo confirmatorio
18.	Sesgo de la información correcta
19.	Inconsistencia del proceso
20.	Extrapolación no lineal
21.	Confianza en los hábitos
22.	Justificabilidad
23.	Reducción de la complejidad
24.	Estructuras de aprendizaje sesgadas
25.	Sesgo de confirmación
26.	Exceso de confianza
27.	Tendencias en el número de correlación
28.	Disponibilidad de los triunfos de los demás
29.	Sesgo de la memoria inherente
30.	Referencia a la suerte
31.	Referencia a la habilidad
32.	Referencia a las conductas de riesgo
33.	Referencia a las conductas de seguir
34.	Experiencia pasada
35.	Números/colores importantes
36.	Justificación de las pérdidas
37.	Referencia a la conducta de mantenimiento de las ganancias
38.	Referencia a la conducta de minimizar pérdidas
39.	Sentencias condicionales Remordimiento
40.	Mano repartidora en el "blackjack"
41.	Decisión de dejar de jugar
42.	Declaraciones a cerca de la experiencia del juego
43.	Referencias a ganar/estar cerca/perder
44.	Cuestiones/declaraciones relativas a la confusión
45.	Auto-declaraciones
46.	Referencias a escenas irrealistas

Sólo si existen estos errores o sesgos, es posible explicar que un jugador patológico se implique de forma excesiva en su conducta de juego (Labrador y Mañoso, 2005). Los diferentes autores definen los diversos sesgos o errores cognitivos presentes en el juego patológico de la siguiente manera:

- Ilusión de control (Baboushkin et al., 2001; Delfabbro et al., 2006; Fernández-Alba y Labrador, 2002; Fortune y Goodie, 2012; Goodie y Fortune, 2013; Labrador, 2010; Labrador et al., 2002; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): creencia de que el resultado del juego depende más de la propia actuación que del azar, es decir, el sujeto sobreestima de manera incorrecta su habilidad para influir en los resultados. El jugador piensa que tiene o puede llegar a tener un sistema, una forma de actuar, para controlar el resultado del juego, menospreciando el valor del azar. Algunas características de los juegos, como la presión para tomar decisiones (apretar o no los botones en las máquinas tragaperras), ayudan a generar este sesgo cognitivo. De hecho, muchos de los juegos (ruleta, tragaperras, blackjack...) están diseñados de tal forma, que los jugadores deben tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
- Predicción de resultados (Labrador, 2010; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador et al., 2008; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): el jugador piensa que puede predecir el resultado de alguna forma, bien porque tiene una intuición o una sensación especial, porque ha sucedido algo o porque ha estado estudiando el desarrollo del juego tratando de establecer regularidades (análisis de jugadas anteriores o de la frecuencia de los premios, etc.). Es posible que el jugador tenga claro que es el azar el que controla el juego y que él no puede hacer nada por controlarlo, pero puede creer que por lo menos puede predecirlo.
- Azar como proceso auto-correctivo o falacia del jugador tipo I (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Fortune y Goodie, 2012; Goodie y Fortune, 2013; Labrador, 2010; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): se piensa que el azar es un proceso auto-correctivo en el que una desviación en cierta dirección induce a una desviación en la dirección opuesta (Labrador, 2010, p.168), es decir, se cree que la probabilidad de un evento futuro (ganancia o pérdida) aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario (pérdida o ganancia, respectivamente). Por ejemplo, si al lanzar una moneda ha

salido cara, es más probable que la vez siguiente salga cruz. Como si el resultado de la primera tirada influyera en la segunda, en lugar de ser eventos independientes. La misma distorsión provoca pensar que tras un gran número de jugadas sin premio es más probable que aparezca éste en la siguiente, o que el premio será mayor cuanto más tiempo lleve sin salir.

- Suerte como responsable de los resultados (Goodie y Fortune, 2013; Labrador, 2010; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): El jugador considera que tiene algo especial, “la suerte”, que le hará ganar el juego.
- Sesgo de las explicaciones post hoc o sesgo retrospectivo (Baboushkin et al., 2001; Delfabbro et al., 2006; Fernández-Alba y Labrador, 2002; Labrador, 2010; Labrador y Ruiz, 2008): una vez que se ha realizado la jugada, el sujeto no se sorprende del resultado, aunque vaya en contra de sus predicciones o de las estrategias utilizadas para intentar controlar el juego. Es más, el jugador incluso supone que los resultados siempre han salido como predijo.
- Atribución flexible o sesgo atribucional o auto-sirviente (Delfabbro et al., 2006; Goodie y Fortune, 2013; Fernández-Alba y Labrador, 2002; Labrador, 2010; Labrador et al., 2002; Labrador y Ruiz, 2008): tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias (factores personales) y los fracasos a influencias de otro tipo (factores externos).
- Perder por poco (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Labrador, 2010; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): el jugador considera que ha estado “cerca” de ganar por la supuesta proximidad del resultado de su opción. Es decir, si en lugar de tener el número premiado, se tiene un número próximo considera no que ha perdido, sino que “casi” ha ganado. Como si fuera diferente perder por poco o por mucho. Como se ha perdido por poco, parece que hay más probabilidades de que salga el premio, que “se está acercando” a ganar.
- Correlación ilusoria y supersticiones (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Fortune y Goodie, 2012; Goodie y Fortune, 2013; Labrador, 2010; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): se considera que están relacionadas entre sí, o que covarían, algunas variables o eventos que no tienen realmente ninguna relación. El pensar que ciertas conductas pueden tener efecto sobre los resultados puede llevar al desarrollo de comportamientos extravagantes (ir a jugar vestido siempre con una prenda determinada, acudir al

mismo local, jugar siempre a la misma hora...). Suelen desarrollarse debido a asociaciones accidentales entre un determinado evento y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar.

- Fijación en las frecuencias absolutas (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Labrador, 2010; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): el jugador hace alusiones a lo que lleva ganado sin tener en cuenta también lo que ha perdido, o el total de lo invertido, es decir, se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (número de veces que se ha ganado), más que la frecuencia relativa (porcentaje de las jugadas en que se ha ganado).
- Heurístico de la disponibilidad (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Fortune y Goodie, 2012; Goodie y Fortune, 2013; Labrador, 2010; Labrador y Ruiz, 2008): la facilidad con la que un evento puede ser rescatado de la memoria afecta a la probabilidad considerada a la hora de establecer los juicios. Es esperable que a través de la publicidad que se hace de los ganadores de lotería, o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando da premio, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas, y por ello se juzgan como más probables.
- Personificación de la máquina (Baboushkin et al., 2001; Labrador, 2010; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005; Labrador y Ruiz, 2008; Mañoso et al., 2004): consiste en la atribución de cualidades humanas a la máquina, como, por ejemplo, intenciones o sentimientos. La máquina es la responsable de que se consigan, o no, los premios, pese a su esfuerzo. Por eso el jugador habla con la máquina, haciéndole comentarios, reproches, peticiones, etc.
- Heurístico de representatividad (Delfabbro et al., 2006; Fernández-Alba, 2002; Fortune y Goodie, 2012; Goodie y Fortune, 2013): un evento es juzgado como más probable si se extrae de una clase en particular, en la medida en que se asemeja a (o es representativo de) un miembro típico de la clase. Este heurístico afecta al uso de sistemas en el juego, como, por ejemplo, apuntar los números de una lotería aparecidos en días precedentes.

A estas distorsiones planteadas, los diferentes autores añaden otras, como Fernández-Alba y Labrador (2002, p. 40-46), quienes proponen las siguientes:

- Confianza en la suerte: creencia que se deriva de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el

- jugador. Ante la paradoja que supone que el jugador mantenga la fe en la suerte a pesar de las constantes pérdidas, se habla de las pérdidas cercanas o casi ganancias como un fenómeno que favorece la idea de que existe una oportunidad real y significativa de ganar en el futuro (aunque objetivamente todas las pérdidas sean iguales y ninguna esté más cerca que las otras del premio).
- Insensibilidad al tamaño muestral: Una forma especial del heurístico de la representatividad es la denominada ley de los números pequeños, por la que se cree que las muestras pequeñas reflejan las características de la población de la que provienen, esto es, “se cree que es estadísticamente verdadero para las series muy cortas lo que es tan sólo aproximadamente verdadero para las series muy largas, y rigurosamente verdadero solamente para secuencias de longitud próxima al infinito”. En definitiva, crea una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes. En la creación de una secuencia aleatoria de lanzamientos imaginarios de una moneda, la aparición de caras/cruces en un segmento corto es cercana a .5. En las carreras de caballos se usa la estrategia de apostar a los favoritos siempre y cuando éstos hayan ganado en las carreras previas. El supuesto que subyace es el de pensar que los otros apostantes van a considerar esta situación como improbable, pues se espera que otros caballos, también favoritos, ganen; de manera que la apuesta inusual se convierte en una buena apuesta.
 - Falacia del jugador tipo II: Creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducido. Recuento de los números ganadores en la ruleta con el objetivo de detectar aquellos que aparentemente tienen una mayor probabilidad de aparición.
 - Estructura del problema: El contexto en el que se estructura un problema determina la elección de la estrategia. El hecho de que la mayoría de los jugadores de blackjack considere este juego como un equipo deportivo determina la creencia en un esfuerzo conjunto para ganar; si éste no se produce, las oportunidades se reducen. El resultado que los jugadores atribuyen las pérdidas a los demás: “un mal jugador puede estropear el juego de todos”. El énfasis puesto en los números aparecidos en la ruleta determina que los sujetos desarrollen diferentes métodos para su propio recuento, de forma que las pérdidas las atribuyen a su falta de habilidad.
 - Ratificación del sesgo o sesgo confirmatorio: Búsqueda de información que sea consistente con el punto de vista de uno y menosprecio de la información opuesta.

Un jugador de ruleta realiza una gran apuesta, únicamente, al número 24 porque éste siempre va precedido del 12, que acaba de salir. La ruleta comienza a moverse y sale el número 16; ante la pregunta de qué ha ocurrido, el jugador responde que casi gana porque en la ruleta 16 y 24 son números adyacentes. Probablemente, resultados como el 5, el 10 o el 33 también hubieran confirmado su creencia, ya que están muy cerca del 24. El 22, 23, 25 y 26 también son confirmatorios porque tienen un valor numérico cercano al 24. Otros números como el 20, 21, 26 y 27 porque están adyacentes al tablero. Y así sucesivamente, sin olvidar las veces que el 24 sale, si no inmediatamente, en la segunda apuesta. Otro ejemplo es el jugador de blackjack que descubre que después de la carta número 10, vienen el 11 o el 12; después de un 6, un 5, después de un 2, un 8. A pesar de que se comprueba que estas reglas sólo se confirman una vez, se tienen en cuenta exclusivamente la información que corrobora la creencia.

- Sesgo de la información correcta: La información concreta, como la basada en recuerdos vívidos o incidentes llamativos, domina la información abstracta, como los cálculos o los datos estadísticos. Los jugadores de blackjack perciben que usar procedimientos para contar las cartas no funciona, porque no tienen en cuenta la idiosincrasia de cada situación específica. La explicación es que los jugadores tienen problemas para comprender la naturaleza probabilística de una estrategia basada en principios estadísticos. Para ellos, una estrategia efectiva es aquella que funciona como tal en cada una de las situaciones individuales.
- Inconsistencia del proceso: Las personas presentan, algunas veces, una incapacidad para aplicar una estrategia de juicio consistente través de una serie de casos. Cuando dos modelos de predicción diferentes son usados como alternativa uno del otro, es posible crear una ilusión de que los resultados son predecibles sin tener en consideración los modelos. De manera que los resultados siempre se podrán interpretar como una confirmación de alguno de los modelos. Este cambio de estrategias de juicio favorece a su vez la aparición del sesgo de las explicaciones post hoc.
- Extrapolación no-lineal: Dificultad para estimar probabilidades juntas de eventos simples. Cualquier jugador puede entender que la probabilidad de ganar en una apuesta en la ruleta al color rojo o al negro es del 50%. Sin embargo, resulta extremadamente difícil estimar la probabilidad después de 100 vueltas.

- **Confianza en los hábitos:** La gente elige determinadas alternativas porque suele ser costumbre hacerlo así. En la ruleta hay ejemplos claros (“el cinco, el dieciséis y veinticinco”, “los cinco números”, “los diamantes mágicos”) que ponen de manifiesto cómo existen unos patrones de apuesta preferentes basados en la costumbre más que en el cálculo de probabilidades.
- **Justificabilidad:** Se prefiere una regla que es justificable a otra para la cual no existe justificación evidente. Cuando un jugador decide pararse a 16 puntos del siete que posee el contrincante, lo hace, a pesar de que la posibilidad de perder con 16 puntos es todavía mayor, porque el cálculo de la probabilidad de perder si continua jugando es más sencillo.
- **Reducción de la complejidad:** Antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos. Para un jugador de lotería, la compleja estructura de ésta se reduce a que el precio del boleto sea razonable y a que la cantidad y la calidad de los precios sean adecuadas, sin tener en cuenta la relación entre ambos, el número de boletos vendidos o lo que se hace con los no vendidos.
- **Estructuras de aprendizaje sesgadas:** Los resultados observados pueden producir una información incompleta a cerca de otras predicciones. A partir de un cierto resultado se pueden evaluar los efectos del juego, mientras que se eluden los del no juego.

Por su parte, Delfabbro et al. (2006), incluyen el sesgo de confirmación, donde la información se procesa de manera selectiva con el fin de mantener la confianza en estrategias erróneas. Del mismo modo, Fortune y Goodie (2012) añaden a los sesgos anteriores, las siguientes distorsiones cognitivas:

- **Exceso de confianza:** fenómeno en el que las personas expresan un grado de confianza en su conocimiento o habilidad que no está justificada por la realidad objetiva.
- **Tendencias en el número de recolección:** los jugadores de lotería generalmente intentan aplicar patrones aleatorios a largo plazo en cadenas cortas en sus selecciones, por ejemplo, evitar la duplicación de números y dígitos adyacentes en cadenas de números.
- **Disponibilidad de los triunfos de los demás:** cuando las personas ven y oyen otros jugadores ganar, fomenta la creencia de que ganar es una ocurrencia regular y refuerza la creencia de que van a ganar si siguen jugando.

- Sesgo de memoria inherente: la memoria de los individuos está sesgado de forma que las ganancias se recuerdan con mayor facilidad que las pérdidas.

Por último, Baboushkin et al. (2001, p. 1415-1417), incluyen los siguientes errores:

- Referencia a la suerte: todas las declaraciones referidas al hecho de que el juego involucra un elemento de suerte: *“Era pura suerte, este juego depende de la suerte, no de la habilidad”*.
- Referencia a la habilidad: todas las declaraciones referidas al hecho de que el juego involucra un elemento de habilidad (tanto racional como irracional), control, o estrategia: *“En este (blackjack) tienes un poco más de control”*, racional; *“La estrategia es que si tu apuestas poco al principio y ganas, sigas apostando poco; y si pierdes la próxima vez apuesta alto porque con el tiempo vas a perder si sigues perdiendo”*, irracional.
- Referencia a las conductas de riesgo: declaraciones referidas a correr riesgos o la naturaleza de riesgo del juego: *“Ir a por el oro, poner todo mi dinero a la izquierda de...”*, *“Este es un juego de riesgo”*, *“Correré el riesgo”*.
- Referencias a la adicción: incluye referencias al hecho de que es difícil dejar de jugar: *“Este juego es adictivo... un intento más... un intento más”*.
- Referencia a la conducta de seguir: aumento de la apuesta para conseguir las pérdidas sin mencionar que el aumento de la apuesta puede conducir también a promover pérdidas: *“Doblo mi apuesta porque he perdido ahora”*, *“Voy alto, tengo que ir alto porque tengo que ganar el dinero que he perdido”*.
- Experiencia pasada: cuando las experiencias pasadas parecen influenciar en la apuesta presente: *“El rojo no sale nunca, así que apuesto 25 dólares al negro”*, *“Voy a apostar al negro, que me fue bien anteriormente”*.
- Números/colores importantes: referencias a números con suerte/importantes y colores preferidos: *“Me gusta el color rojo”*, *“Apuesto al 3... es mi número de la suerte”*.
- Justificación de las pérdidas: las declaraciones reflejan los intentos por proporcionar justificaciones para las pérdidas (rationales e irracionales): *“Hubiera perdido de todos modos”*, racional; *“¡Oh no! He perdido, eso me pasa por jugar rápido”*, irracional.

- Referencia a la conducta de mantenimiento de las ganancias: aumentar la apuesta después de ganar con el fin de aumentar aún más victorias: *“Estoy ganando algo de dinero, así que voy a apostar un poco más”*.
- Referencia a la conducta de minimizar pérdidas: juego conservador, disminución de la apuesta tras las pérdidas, no aumentar o disminuir la apuesta tras ganancias seguras: *“He perdido dinero, así que bajaré mi apuesta”*
- Sentencias condicionales: hacer un trato: *“Si gano, aumentaré mi apuesta”*.
- Remordimiento: declaraciones referidas al hecho de que lamentan las decisiones tomadas o el deseo de hacer cosas de forma diferente: *“Debería haber hecho esto...”*, *“Deseo tener...”*.
- Mano repartidora en el de blackjack: se refiere a la mano que reparte cuando influye en los juicios/apuestas: *“El repartidor tiene 13, así que me quedo con 14”*.
- Decisión de dejar de jugar: parar porque pierde, parar para asegurar las ganancias o minimizar las pérdidas.
- Declaraciones a cerca de la experiencia del juego: actividad física/fisiológica, emociones, placeres: *“No puedo decidir si este juego es divertido, excitante o monótono”*.
- Referencias a ganar/estar cerca/perder: referencias directas o indirectas a ganar o perder: *“He ganado/perdido”*.
- Cuestiones/declaraciones relativas a la confusión: declaraciones referidas a la confusión: *“¿Por qué pierdo?”*, *“No entiendo esto”*.
- Auto-declaraciones: declaraciones que les caracterizan: *“Tengo suerte”*.
- Referencias a escenas irrealistas: declaraciones referidas al hecho de que el entorno del laboratorio no es realista o que juegan con dinero que no es real: *“Desearía que fuera dinero real”*, *“Si este dinero fuera mío, probablemente no lo jugaría, sería más conservador”*.
- Varios: declaraciones relativas a los juegos o al juego en general, conducta de juego, y cogniciones que no encajan en ninguna de las categorías: *“No puedo creer que la gente se gaste el dinero en máquinas tragaperras”*, *“¿Es divertido ver este juego en el casino debido al dinero que vuela!”*.

Además, Baboushkin et al. (2001), clasifican los sesgos de los jugadores en dos categorías (racionales e irracionales) tal y como se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4. *Clasificación de los sesgos cognitivos (Baboushkin et al., 2001)*

RACIONALES	IRRACIONALES
Referencia a la suerte	Referencia a la habilidad (Irracional)
Referencia a la habilidad (Racional)	Leyes del azar
Referencia a la conducta de riesgo	Ilusión de control
Referencia a la adicción	Sesgo retrospectivo
Conducta minimizadora de pérdidas	Referencia a la conducta de persecución
Distribuidor de la mano de blackjack	Experiencia pasada
	Número/color significativo
	Personificación
	Justificación de las pérdidas
	Mantenimiento de las victorias consecutivas

Como se ha visto, se han desarrollado un número considerable de investigaciones encaminadas a identificar la presencia de distorsiones cognitivas en los jugadores patológicos (Labrador, 2010). Sin embargo, también se han constatado la presencia de pensamientos irracionales en personas que no han perdido el control sobre el juego (no jugadores) (Joukhador et al., 2004; Mañoso et al., 2004). De hecho, algunas investigaciones ponen de manifiesto que algunos de los sesgos planteados, son comunes en la población normal, aunque aparecen en mayor medida en la población de jugadores patológicos (Labrador, et al., 2002; Labrador et al., 2008; Labrador y Mañoso, 2005;). En concreto, en su estudio, Joukhador et al. (2004) encontraron que los jugadores problema de las máquinas de juego electrónicas presentan mayor número de creencias irracionales y supersticiosas, en comparación de los no jugadores. Estos datos son apoyados por los estudios realizados en 2004 por Mañoso et al., y, posteriormente, en 2008 por Labrador y Ruiz. En el primer estudio, se analizaron los tipos de sesgos cognitivos, agrupados en ocho categorías (ilusión de control, suerte como responsable de los resultados, predicciones, azar como proceso auto-correctivo, perder por poco, supersticiones, fijación en las frecuencias absolutas y personificación de la máquina), presentes en las verbalizaciones de jugadores patológicos y no jugadores, mientras jugaban a una máquina recreativa con premio. Los resultados ponían de manifiesto diferencias significativas en el tipo de distorsiones cognitivas presentadas por ambos grupos. El grupo de jugadores emitía más verbalizaciones relacionadas con distorsiones cognitivas del tipo predicciones, considerar el azar como un proceso auto-correctivo y personificaciones de la máquina. Por el contrario el grupo de no jugadores emitía más verbalizaciones relacionadas con distorsiones del tipo ilusión de

control, creencia en la suerte y fijación en frecuencias absolutas. Otras distorsiones, como la creencia de perder por poco o la presencia de supersticiones, aparecen con una frecuencia similar en ambos grupos. A partir de estos resultados los autores concluyeron que las distorsiones que deberían ser relevantes en el desarrollo de la conducta de juego patológico serían específicamente aquellas que aparecen con mayor frecuencia en los jugadores patológicos comparados con los no jugadores: predicciones, considerar el azar como un proceso auto-correctivo y personificaciones de la máquina. En resumen, los resultados concluían que probablemente lo que diferencia a los jugadores sería la creencia en que pueden predecir los resultados: los jugadores saben, por su experiencia, que no pueden controlar el juego, pero creen tener una habilidad especial para saber de qué forma va a actuar el azar en la siguiente jugada.

Por su parte, Labrador y Ruiz (2008), estudiaron si los jugadores patológicos presentaban un número mayor de distorsiones cognitivas en comparación con los no jugadores. Los resultados mostraron que, de hecho, parece que la presencia de sesgos cognitivos en los jugadores patológicos es más frecuente e intensa que en los no jugadores. Además, se comprobó que mientras que los jugadores emiten, principalmente, frases de tipo irracional, seguidas en orden de frecuencia por frases descriptivas y emocionales, en los no jugadores hay un predominio de descripciones sobre el propio juego y la manifestación de emociones asociadas a los resultados del mismo, siendo reducido el porcentaje de frases irracionales.

En resumen, el conjunto de resultados parece evidenciar que la presencia de distorsiones cognitivas es un factor central en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico e, incluso, para algunos investigadores, demuestra que las distorsiones o sesgos cognitivos son la clave para diferenciar a las personas que tienen problemas con el juego de las que no (Labrador, 2010). Es más, ciertos resultados señalan que la frecuencia de distorsiones cognitivas aumenta el grado de cronicidad del juego patológico, esto es, a mayor frecuencia de sesgos cognitivos, mayor cronicidad del problema (Labrador et al., 2002).

2.2. Trastornos Psicosomáticos

El trastorno psicosomático es *“cualquier patología orgánica, o proceso patofisiológico conocido, en el que los factores psicológicos (incluidos los psicosociales) están relacionados con su inicio o curso”* (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 2008, p. 361). El papel de la influencia de los factores cognitivos en la conducta relacionada con la salud ha ocupado un lugar prominente en la teoría y en la investigación de la conducta de salud durante los últimos 30 años (Christensen, Moran y Wiebe, 1999b). Por ello, actualmente, la problemática de la enfermedad física es bastante diferente de lo que era hace tres o cuatro décadas (Sandín et al., 2008). Muchos de los problemas médicos actuales se refieren a enfermedades crónicas como el cáncer, la enfermedad coronaria, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes. Los estudios epidemiológicos recientes demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en el origen, desarrollo y mantenimiento de estas enfermedades (Sandín et al., 2008). En concreto, en los últimos años, los psicólogos de la salud han mostrado que, con el fin de dar sentido y respuesta a los problemas de salud, los pacientes tienden a crear sus propios modelos o representaciones de enfermedad (Moldovan, 2009), es decir, elaboran una serie de representaciones que influyen en sus reacciones emocionales, conductuales y cognitivas hacia la enfermedad. Cuando un individuo es propenso a evaluar la situación de una manera distorsionada, las definiciones convencionales de creencias racionales de salud probablemente no predigan la conducta de salud (Christensen et al., 1999b).

Las teorías cognitivas de la depresión han sostenido durante mucho tiempo que la tendencia a evaluar los eventos estresantes de una manera distorsionada o irracional, predispone al individuo a experimentar una disfunción conductual y emocional (Christensen et al., 1999b). Evidencias recientes han sugerido que las evaluaciones distorsionadas pueden dar lugar a un aumento de la discapacidad conductual o disfunción entre individuos enfermos psicológicamente (Smith, Aberger, Follick y Ahern, 1986; Smith, Peck, Milano y Ward, 1988).

2.2.1. Trastornos Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares comprenden un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón, convirtiéndose en el mayor problema de

salud pública de los países industrializados (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

La naturaleza de las enfermedades cardiovasculares es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. Son trastornos multifactoriales, es decir, hay varios factores de riesgo, que afectan a su desarrollo y progresión. Éstos, habitualmente, se dividen en tres grandes bloques en función de sus componentes y el desarrollo (Fernández-Abascal et al., 2003):

- Factores de riesgo inherentes: resultan de las condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida.
- Factores de riesgo tradicionales: aquellos que tienen un mayor componente físico/biológico, aunque también emocional (colesterol, triglicéridos o hipertensión arterial).
- Factores de riesgo emocionales: incluirían el patrón de conducta tipo A, la ira, la hostilidad (Sandín et al., 2008), la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social. Estos factores de riesgo no se presentan aisladamente, sino que se influyen entre ellos, e interactúan con los factores de riesgo tradicionales.

Investigaciones previas, han demostrado que los síntomas depresivos están asociados de manera significativa con factores psicológicos, tales como indefensión aprendida, distorsiones cognitivas, auto-eficacia y optimismo disposicional en varias condiciones crónicas, incluyendo el dolor crónico (Lefebvre, 1981), artritis reumatoide (Smith, Christensen, Peck y Ward, 1994a), esclerosis múltiple (Shneck, Foley, LaRocca y Halper, 1997) y cáncer (Epping-Jordan et al., 1999, citado por Shneck e Irvine, 2001).

En una investigación llevada a cabo por Shneck e Irvine (2001), se pretendía determinar si estos factores psicológicos, evaluados al mes de recibir el alta (T1), podrían predecir síntomas depresivos al año de seguimiento (T2) en una muestra de 86 pacientes hospitalizados con enfermedad isquémica. Los resultados mostraron que las altas puntuaciones en las medidas de indefensión aprendida y distorsiones cognitivas, y las bajas puntuaciones en auto-eficacia y optimismo durante T1, estaban significativamente asociadas con síntomas depresivos tanto en T1 como en T2 en esta muestra particular de pacientes.

Estos resultados apoyan la idea que las teorías cognitivas de la depresión han sostenido durante mucho tiempo: la tendencia a evaluar los elementos estresantes de una manera distorsionada o irracional, predispone a los individuos a experimentar emociones disfóricas (Christensen, Edwards, Moran, Burke, Lounsbury et al., 1999a). La evidencia sugiere que los patrones análogos de evaluación negativa sesgada pueden dar lugar a un aumento de la discapacidad o deterioro funcional entre los individuos con condiciones médicas dolorosas (Smith et al., 1986; Smith et al., 1988).

Desde los años 70 (Christensen et al., 1999b), los programas de rehabilitación cardíaca han sido extensamente utilizados en los cuidados cardíacos como parte de un esfuerzo por reducir la discapacidad funcional relacionada con la enfermedad coronaria. Aunque los resultados recientes sugieren que la participación en estos programas está asociada a una reducción de la mortalidad cardiovascular, la evidencia de que esta rehabilitación reduzca la discapacidad funcional relacionada con la enfermedad no siempre es apoyada. Un factor que probablemente contribuye a los resultados son las diferencias individuales en los pacientes que moderan los cambios funcionales (Christensen et al., 1999a). Por ejemplo, los pacientes que tienden a realizar evaluaciones catastróficas de sucesos estresantes, se podría esperar que redujeran sus actividades innecesariamente como resultado de una evaluación de síntomas físicos ambiguos como excesivamente amenazantes.

Pocas investigaciones han examinado los atributos psicológicos que podrían predecir cambios en la discapacidad funcional entre pacientes que participan en la rehabilitación cardíaca. En su estudio, Christensen et al. (1999a) examinaron la hipótesis de que los niveles de discapacidad en el estado funcional de los pacientes bajo rehabilitación cardíaca estaba influenciado significativamente por la tendencia de los pacientes a realizar evaluaciones distorsionadas y negativas de los eventos estresantes. Los resultados apoyaron la evidencia de que las distorsiones cognitivas influyen en los resultados de la rehabilitación entre los individuos con enfermedad coronaria. En concreto, dos áreas de funcionamiento del paciente (movilidad del paciente y funcionamiento social) estaban influenciadas de manera significativa por la tendencia de los pacientes a evaluar las situaciones estresantes de una manera negativa y distorsionada. Los pacientes que informaron de un alto número de errores cognitivos, mostraron menos mejoría tras la rehabilitación en movilidad. Por otro lado, los pacientes que puntuaron bajo en distorsión

cognitiva, informaron de un mejor funcionamiento, mientras que los pacientes que puntuaron alto en pensamiento disfuncional mostraron un leve aumento de la discapacidad funcional de este dominio.

Un reciente meta-análisis realizado por Linden, Stossel y Maurice (1996, citado por Christensen et al., 1999a) sugiere que los niveles elevados de distorsiones cognitivas entre pacientes con enfermedad coronaria podría limitar la eficacia de los programas de rehabilitación en la mejora del estatus funcional del paciente.

2.2.2. Diabetes Mellitus

Hoy en día, la diabetes es uno de los problemas más frecuentes de salud (Amigo, Fernández y Pérez, 2010b; Sandín et al., 2008). Es una enfermedad sistemática crónica que afecta a toda la organización de la vida del paciente (Gil e Ybarra, 2003).

Desde el punto de vista médico, la diabetes se define como una alteración en el metabolismo de la glucosa, originada por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina (Amigo et al., 2010b; Gil e Ybarra, 2003; Sandín et al., 2008). La insulina es una hormona producida en las células beta del páncreas (Amigo et al., 2010b, p. 271) y puede faltar bien porque el páncreas no funcione normalmente, porque su capacidad de producción de la hormona sea insuficiente, porque los tejidos no sean sensibles a su estimulación o bien porque esta hormona resulte destruida antes de poder cumplir su función. La principal consecuencia clínica de la diabetes no tratada es la presencia de elevadas concentraciones de glucosa en sangre, lo que provoca, con el paso del tiempo, numerosas y graves consecuencias en múltiples órganos y sistemas del organismo (Gil e Ybarra, 2003).

Desde hace casi un siglo, se ha venido considerando dos tipos distintos de diabetes (Amigo et al., 2010b; Gil e Ybarra, 2003; Sandín et al., 2008;), incluyéndose como criterio diferenciador entre ambas, la dependencia o no del aporte externo de insulina:

- Diabetes tipo I o dependiente de insulina (DMID): es un problema propio de la infancia y adolescencia, y se caracteriza por necesitar un aporte diario de insulina

exógena. Las células beta pancreáticas de los diabéticos tipo I no secretan insulina, o lo hacen de un modo insuficiente.

- Diabetes tipo II o no dependiente de insulina (DMNID): suele comenzar en la edad adulta y se encuentra a menudo asociada con la obesidad. En este grupo de pacientes, la secreción de insulina endógena es prácticamente similar a la producción normal, sin embargo, parece existir una resistencia celular a los efectos de la insulina, lo que provoca los altos niveles de glucosa en la sangre. En este tipo, no es necesaria la administración de insulina exógena, pudiéndose llevar un tratamiento de la enfermedad a través del control de la dieta y el ejercicio, así como por medio de una reducción de peso.

El control efectivo de la glucosa en sangre en jóvenes con diabetes tipo I, minimiza el riesgo de serias complicaciones posteriores, incluyendo el fallo renal, enfermedades cardiovasculares y neuropatía (Farrel, Hains, Bavies, Smith y Parton, 2004). Hay evidencias que sugieren que los procesos cognitivos podrían mediar en la relación entre el estrés, adherencia al tratamiento y control metabólico. El papel que juegan los procesos de evaluación cognitiva en la conducta de adherencia ha sido examinado por Bennett-Murphy, Thomson y Morris (1990, citado por Farrell et al., 2004), quienes afirman que los adolescentes que tienen una percepción negativa de sus cuerpos, perciben menos control interno sobre su salud, y tienen un estilo atribucional para eventos negativos que, a su vez, daría lugar a un mayor riesgo de mala adherencia. Por otro lado, se ha visto que los individuos con diabetes que atribuyen los acontecimientos negativos a causas internas y estables, pueden ser susceptibles a indefensión aprendida, lo que se ha asociado de manera significativa con un control metabólico pobre (Farrel et al., 2004).

Farrel et al., (2004) explican que no se han encontrado distorsiones cognitivas específicas que estén relacionadas con los problemas de adherencia en jóvenes con diabetes. No obstante, realizaron un estudio con el propósito de investigar el papel de las distorsiones cognitivas en la relación entre adherencia a la conducta, estrés específico de la diabetes, estrés general y control metabólico. Sus resultados mostraron que las distorsiones cognitivas afectaban tanto al estrés general como al específico de la diabetes: mientras que el estrés propio de la diabetes afecta de manera directa al control metabólico de los jóvenes, causando incrementos en la insulina, el estrés general afecta de manera indirecta a la insulina, a través de su efecto sobre las conductas de adhesión.

2.2.3. Dolor Crónico

En los países industrializados, el dolor es un grave problema de salud (Amigo et al., 2010a; Arnow, Blasey, Constantino, Robinson, Hunkeler et al., 2011; Sandín et al., 2008) y una de las causas más frecuentes de discapacidad (Arnow et al., 2011), que se traduce en un gran número de horas de trabajo perdidas, absentismo laboral, pensiones de invalidez y un consumo, a veces excesivo, de medicación para combatirlo (Amigo et al., 2010a, p. 149).

El dolor crónico es aquel dolor que aparece de forma aguda y persiste durante seis (o más meses), mostrándose resistente a la terapia médica convencional (Sandín et al., 2008). Las personas que padecen dolor crónico desarrollan, frecuentemente, conductas de evitación de determinadas actividades sociales, laborales o, incluso, relaciones íntimas, facilitando así su progresivo y creciente aislamiento. Todo ello puede provocar a menudo estados emocionales que, por sí mismos, son capaces de exacerbar el dolor (Amigo et al., 2010). Por otro lado, el dolor crónico suele ir acompañado de depresión (Arnow et al., 2011; Maxwell, Gatchel y Mayer, 1998; Smith et al., 1994a; Sandín et al., 2008;). Aunque, es cierto que existen algunas inconsistencias en la literatura, la evidencia sugiere, al menos, una asociación moderada entre ambos (Maxwell et al., 1998; Romano y Turner, 1985, citado por Smith, O’Keeffe y Christensen, 1994b;). En los últimos años, se han ofrecido varias explicaciones para esta asociación que sugieren que la depresión surge como respuesta al estrés del dolor crónico (Brown, 1990; Smith y Wallston, 1992, citados por Smith et al., 1994b).

No obstante, a pesar de la aparentemente robusta asociación entre dolor crónico y depresión, no todos los pacientes con dolor crónico desarrollan depresión (Smith et al., 1994b). Debido a esto, se han estudiado algunos factores de vulnerabilidad en investigaciones recientes. Los factores cognitivos están empezando a ser reconocidos como cruciales para entender condiciones como el dolor crónico (Maxwell et al., 1998; Smith et al., 1994b) o el síndrome de fatiga crónica, dónde los modelos biomédicos tradicionales son incapaces de explicar el grado de discapacidad y los síntomas experimentados por estos pacientes (Moss-Morris y Petrie, 1997). Los factores cognitivos que parecen ser más significativos al comienzo y mantenimiento de estas enfermedades son las creencias que

los pacientes mantienen a cerca de su enfermedad y la forma en que interpretan sus síntomas (Moss-Morris y Petrie, 1997).

Un aspecto de las cogniciones de enfermedad que ha sido extensamente investigada en el campo del dolor crónico es la distorsión cognitiva (Maxwell et al., 1998; Moss-Morris y Petrie, 1997), por ello, el modelo de Beck ha recibido muchísima atención (Smith et al., 1994b). Recordemos que este modelo sugiere que los errores cognitivos (la tendencia a personalizar, sobregeneralizar, catastrofizar y abstraer selectivamente las implicaciones de los eventos negativos) contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la depresión (Lefebvre, 1981; Smith et al., 1994b). Lefebvre (1981) fue el primero en informar que existía una relación entre depresión y los pacientes que presentaban dolor lumbar crónico (Maxwell et al., 1998). El dolor crónico de espalda puede desarrollarse a partir de un daño agudo, un desgaste gradual o un proceso de tensión muscular crónica, aunque habitualmente la causa física exacta es muy difícil de determinar (Amigo et al., 2010). El problema suele empezar cuando una persona experimenta una tensión muscular dolorosa o espasmos musculares en la espalda, y como respuesta a este dolor, y para tratar de aliviarlo, restringe sus movimientos y se vuelve cada vez menos activa (Amigo et al., 2010a). En sus estudios, Lefebvre (1981) y, más tarde, Smith et al. (1986), concluyeron que los pacientes con dolor lumbar crónico mostraban una mayor catastrofización, sobregeneralización y abstracción selectiva que los pacientes que no presentaban dolor. Ya que estos errores cognitivos tienden a distorsionar el impacto del dolor lumbar en la vida de estos sujetos o su participación en las situaciones problema, estos resultados apoyaban la conclusión de que el dolor lumbar juega un papel central en la depresión de estos pacientes.

El pensamiento catastrófico a cerca del dolor ha sido implicado de manera consistente como un factor psicológico asociado a la discapacidad relacionada con el dolor (Arnold et al., 2011). De hecho, la catastrofización sobre el dolor y el miedo relacionado al mismo, están entre las variables psicosociales más importantes que explican la evitación de la conducta y la discapacidad en los pacientes con dolor crónico (Goubert, Crombez y Danneels, 2005). Por otro lado, se ha visto que el dolor persistente asociado al pensamiento catastrófico en pacientes deprimidos, es un importante predictor en la presencia y severidad del suicidio, incluso después de controlar la depresión (Edwards, Smith, Kudiel y Haythornthwaite, 2006). Según Edwards et al. (2006), niveles

consistentemente altos de catastrofización están asociados con la reducción de los beneficios relacionados con el tratamiento, lo que puede contribuir a desarrollar sentimientos de frustración y desesperanza. La combinación de la catastrofización relacionada con el dolor y la desesperanza puede conducir al desarrollo y el empeoramiento del suicidio.

Por otro lado, en el estudio de Smith et al. (1986) se examinó la asociación entre distorsiones cognitivas con cinco escalas del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI); A saber: depresión (D), hipocondriasis (Hs), histeria (Hy), psicastenia (Pt) y esquizofrenia (Sc). Los resultados mostraron que las distorsiones cognitivas estaban más fuertemente asociadas a las escalas de malestar (D, Pt y Sc) que con las escalas de somatización (Hs y Hy), y que esta asociación entre distorsión y malestar era independiente de la severidad del dolor (Smith et al., 1986; Smith et al., 1994b). De este modo, podemos ver que la conceptualización negativa de la severidad, las implicaciones y el curso del problema del dolor, así como la mayor generalización de la distorsión cognitiva, están asociados con altos niveles de depresión entre los pacientes con dolor crónico. En otro estudio realizado por Smith et al. (1994b), se examinaron los niveles de distorsión cognitiva en pacientes con condiciones depresivas diagnosticadas a través de entrevistas estructuradas. Se compararon cuatro grupos: pacientes depresivos con dolor, pacientes no depresivos con dolor, pacientes deprimidos sin dolor y pacientes no deprimidos y sin dolor. Los resultados reflejaron, una vez más, que los pacientes deprimidos se caracterizaban por niveles más altos de distorsión cognitiva relacionada con las situaciones de dolor y menos pronunciada por las situaciones de no dolor.

Posteriormente, en una investigación realizada por Goubert et al. (2005) se examinaron las cogniciones disfuncionales de pensamiento catastrófico, sobregeneralización y abstracción selectiva, relacionadas tanto con experiencias de la vida general como con experiencias del dolor lumbar crónico. Los resultados mostraron que los pacientes que catastrofizan a cerca del dolor y que tienen unos niveles más elevados de miedo al movimiento y a volver a enfermar, tienen más probabilidad de generalizar las experiencias negativas relacionadas con el dolor a otros movimientos o situaciones. Sin embargo, su capacidad para generalizar las experiencias positivas relacionadas con el dolor a otras situaciones son limitadas, es decir, cuando los pacientes tienen una experiencia positiva inesperada en la cual ellos experimentan menos dolor del que esperaban, pueden

corregir su sobre-predicción al dolor, pero sólo podrán aprender una excepción a la regla de que todos los movimientos duelen o perjudican. Los resultados de este estudio indican, además, que otras cogniciones disfuncionales pueden jugar un papel en el desarrollo de la discapacidad. Los resultados revelaron que la abstracción selectiva a cerca de las experiencias de dolor lumbar crónico estaba fuertemente relacionada con la interferencia auto-informada de dolor en las experiencias de la vida diaria. Probablemente, la atención selectiva para los aspectos negativos de una experiencia produzca un aumento de la evasión y de la discapacidad. Es posible que esta distorsión, en particular, sea la responsable de una inexacta –y un alto nivel de– discapacidad auto-informada, que no coincide con la realidad.

Con respecto a la fatiga crónica los estudios se han centrado, principalmente, en el pensamiento catastrófico (Moss-Morris y Petrie, 1997; Petrie, Moss-Morris y Weinman 1995) y, en menor medida, han estudiado otros errores como la abstracción selectiva, personalización y sobregeneralización (Moss-Morris y Petrie, 1997). El síndrome de fatiga crónica es un trastorno caracterizado por un cansancio duradero e incapacitante (Petrie et al., 1995), de etiología desconocida (Moss-Morris y Petrie, 2001).

Pocos estudios han identificado el papel de las propias percepciones de los pacientes sobre su enfermedad y la relación de éstos con la discapacidad (Petrie et al., 1995). En sus trabajos, Petrie et al. (1995) han mostrado que los pacientes que presentan fatiga crónica parecen tener una visión negativa particular de la enfermedad y tener menos posibilidad de atribuir su enfermedad a factores internos que otros pacientes con otras condiciones médicas crónicas. En un estudio realizado por Petrie y Moss-Morris (1994, citado por Moss-Morris y Petrie, 1997), se sugiere que el pensamiento catastrofista juega un papel importante en esta enfermedad. Los enfermos que catastrofizan sobre el aumento de su nivel de actividad, es más probable que limiten su actividad y que sea más severa la discapacidad funcional del trastorno (Petrie et al., 1995). Los resultados del estudio realizado por Petrie et al. (1995) mostraron que la catastrofización en el síndrome de fatiga crónica está asociada con mayores niveles de fatiga total y altos niveles de disfunción en un número de áreas importantes. Además, parece ser que no es el número de la seriedad de los síntomas del síndrome los que funcionan como factor crítico de la enfermedad, sino que el factor que limita el funcionamiento es el significado que las personas dan a dichos síntomas.

En otro estudio posterior realizado por Moss-Morris y Petrie en 2001, dónde se comparaba el pensamiento catastrófico de pacientes con fatiga crónica y pacientes deprimidos, se demostró que los pensamientos catastrofistas que aparecían en los pacientes con síndrome de fatiga crónica: a) estaban principalmente centrados en su salud y realizaban más atribuciones físicas significativas pero menos atribuciones psicológicas de su enfermedad que los pacientes deprimidos; b) presentaban mayor número de síntomas somáticos de su enfermedad que los pacientes que sólo están deprimidos; y c) sólo presentaban pensamiento distorsionado en situaciones dónde debían experimentar síntomas y no en la interpretación general de las situaciones. De este modo, podemos afirmar que el pensamiento catastrófico es el factor más importante en el afrontamiento deficiente de las personas y que, además, está fuertemente relacionado con una mayor discapacidad, teniendo más poder explicativo que las variables de enfermedad (Turk y Rudy, 1995, citado por Petrie et al., 1995).

2.2.4. Artritis Reumatoide

El término de “enfermedades reumáticas” hace referencia a *“cualquier alteración del aparato locomotor o del sistema músculo esquelético, e incluye una gran variedad de enfermedades y síndromes con características y problemas diferentes”* (Pastor, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig, Terol et al., 2003, p. 157). En concreto la artritis reumatoide es una enfermedad crónica común y normalmente incapacitante (Sandín et al., 2008; Smith et al., 1988; Smith, 1990; Smith et al., 1994a). Esta enfermedad resulta de la inflamación dolorosa y deterioro de las articulaciones (Sandín et al., 2008; Smith et al., 1994a). Aunque una variedad de intervenciones médicas efectivas y de educación a los pacientes están disponibles, muchos pacientes con artritis reumatoide experimentan daño continuo, limitaciones físicas y malestar emocional (Smith et al., 1988). De hecho, el que muchos pacientes desarrollen humor depresivo y otros síntomas de la depresión, ha permitido la evaluación de factores de vulnerabilidad en esta enfermedad (Smith et al., 1994a). Entender estos factores puede conducir a intervenciones conductuales efectivas como complemento al cuidado médico tradicional de los pacientes con esta enfermedad (Smith et al., 1988).

Como ya hemos visto, los factores cognitivos han sido citados como importantes en una variedad de condiciones dolorosas crónicas. Sin embargo, no se han realizado

demasiados estudios sobre la relevancia del enfoque de Beck (1976) en los problemas de conducta o psicológicos encontrado en artritis reumatoide. Por ello, Smith et al. (1988) llevaron a cabo un estudio donde pretendían examinar la asociación entre distorsión cognitiva con depresión y enfermedad en una muestra de pacientes con artritis reumatoide. Los resultados mostraron que las distorsiones cognitivas estaban relacionadas con los problemas psicológicos encontrados en la muestra. Además, la tendencia hacia las distorsiones cognitivas o el pensamiento distorsionado se ha encontrado relacionada con un aumento de la depresión entre los pacientes con artritis reumatoide, y estas distorsiones cognitivas, aparentemente, median la mayoría de las asociaciones entre la severidad de la artritis y la depresión (Smith, 1990). Consistentemente con el modelo de Beck (1976) y otras investigaciones previas sobre el dolor (Lefebvre, 1981, Smith et al., 1986), Smith et al. (1988) concluyeron que las distorsiones cognitivas pueden ser un factor importante en depresión entre los pacientes con artritis reumatoide. En concreto, se ha visto que el pensamiento catastrófico está relacionado con los cambios en el ajuste emocional a lo largo del tiempo de los pacientes con artritis (Smith, 1990).

En 1994, Smith et al., realizaron un estudio a lo largo de 4 años donde evaluaron la medida en la que los niveles previos de distorsión cognitiva y desesperanza predecían cambios en el humor depresivo durante una fase de seguimiento. Los autores examinaron la asociación entre los niveles iniciales de los sujetos deprimidos y los cambios en las variables cognitivas, evaluando así la posibilidad de que las distorsiones cognitivas y la desesperanza fueran consecuencias de la depresión más que de antecedentes de la misma. Los resultados demostraron que las distorsiones cognitivas y la desesperanza percibida en la artritis reumatoide, estaba asociada con altos niveles de humor deprimido. Además, concluyeron que los niveles iniciales de distorsión cognitiva predecían cambios en el humor depresivo. Específicamente, los pacientes que inicialmente mostraban mayor tendencia hacia la sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización y catastrofización, eran más propensos a presentar síntomas depresivos durante el seguimiento que los pacientes sin un estilo cognitivo distorsionado.

2.2.5. Esclerosis Múltiple y Lesión de Médula Espinal

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica crónica e impredecible más común que afecta a jóvenes y adultos de mediana edad (Shnek et al., 1997). La esclerosis múltiple se caracteriza porque la mielina que rodea los axones del sistema nervioso central

está dañada, de tal forma que la transmisión de los impulsos nerviosos estaría retrasada o, incluso, alterada (Shnek et al., 1997). En cualquier caso, las funciones del sistema nervioso como la visión, la fuerza, la sensación o la coordinación están disminuidas o se han perdido por el retraso o bloqueo de la transmisión sináptica (Whitaker, 1987, citado por Shnek et al., 1997).

Por su parte, la lesión de la médula espinal generalmente ocurre debido a un golpe traumático en la médula y puede producir síntomas temporales o permanentes y discapacidad funcional completa o incompleta (Shnek et al. 1997). Las lesiones que ocurren a nivel cervical de la columna vertebral (cuello), dan lugar a tetraplejia (parálisis de las cuatro extremidades y generalmente del tronco). Las lesiones que ocurren en las zonas torácica, lumbar o sacra de la columna (tronco y zona lumbar) dan lugar a paraplejia (parálisis de la parte baja del cuerpo y de ambas piernas) (Shnek et al. 1997). En ambas enfermedades, las consecuencias psicológicas y sociales son muy frecuentes. En concreto, la depresión juega un papel pertinente y, en general, controvertido (Shnek et al., 1997).

Diversas investigaciones han indicado que la desesperanza, los errores y distorsiones cognitivas y la auto-eficacia están relacionadas con la depresión en enfermedades crónicas incapacitantes e impredecibles como la artritis reumatoide (Smith et al, 1988; Smith et al., 1994a), o el dolor crónico (Smith et al., 1986; Smith et al., 1994b). Sin embargo, son pocos los estudios que examinan las relaciones entre estas variables en individuos con esclerosis múltiple o lesión medular (Shnek et al., 1997).

En un estudio realizado por Shnek et al (1997) se pretendió determinar si 1) las distorsiones cognitivas, la desesperanza o la auto-eficacia podrían predecir depresión en una muestra de 80 individuos con esclerosis múltiple y 80 sujetos con lesión espinal y, además, si 2) los individuos con esclerosis múltiple presentaban niveles más elevados de desesperanza, distorsiones cognitivas y depresión que los individuos con lesión medular. Los resultados mostraron que, efectivamente, estas variables predecían la depresión en ambos grupos y, además, que el grupo de esclerosis múltiple exhibió significativamente mayores niveles de depresión, distorsiones cognitivas y desesperanza y menores niveles de auto-eficacia que el grupo de lesión medular.

2.3. Trastornos del Estado de Ánimo

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos. De hecho, la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas (Vázquez y Sanz, 2008, p. 235). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) define la depresión como la presencia simultánea de una serie de síntomas, entre los que destaca el estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de interés o de la capacidad para el placer (anhedonia), que interfieren con la vida cotidiana de la persona (*tabla 5*).

Tabla 5. *Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (APA, 2013, pp. 104-106)*

-
- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afectación médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de las del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
-

Tabla 5 (cont.). *Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (APA, 2013, pp. 104-106)*

-
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de **tristeza intensa, rumiación** acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de pérdida. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- D. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Especificar:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con catatonía

Con inicio en el periparto

Con patrón estacional

Muchas han sido las teorías desarrolladas para explicar el trastorno depresivo; pero, de todas estas, ha sido la teoría cognitiva la que ha defendido que ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, curso y mantenimiento y/o remisión de la depresión (Coyne y Gotlib, 1983; Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman, 1985; Sanz y Vázquez, 2008; Tems, Stewart, Skinner, Hughes y Emslie, 1993). Esta idea ha sido defendida por diferentes estudios, como el realizado por Henriques y Leitenberg (2002) en el que sugieren que los errores cognitivos como la personalización, la sobregeneralización, la abstracción selectiva o el pensamiento catastrófico juegan un papel importante en la etiología y mantenimiento del estado de ánimo deprimido.

Los últimos 50 años han sido testigo del surgimiento e interés de los modelos cognitivos en la depresión (Krantz y Hammen, 1979). Un gran número de estudios han demostrado una predisposición cognitiva negativa en este trastorno (Wright y Beck, 1996). Por ejemplo, se ha visto que los pensamientos automáticos distorsionados y los errores cognitivos son mucho más frecuentes en las personas deprimidas que en los sujetos no deprimidos del grupo control (Blackburn et al., 1986, citado por Wright y Beck, 1996; Lefebvre, 1981; Stone y Glass, 1986).

Estudios como los llevados a cabo por Krantz y Hammen (1979) o Haley et al. (1985) han demostrado que los pacientes deprimidos presentan, de manera significativa, más distorsiones cognitivas que los pacientes no deprimidos. Además, se ha documentado que estas personas tienen un gran número de actitudes disfuncionales, mayor atención sistemática negativa (Beck, 2008) y que hay una propensión a la selección de los recuerdos, es decir, es más probable que las personas deprimidas recuerden más información autorreferencial negativa que positiva (Beck, 2008; Wright y Beck, 1996).

El trabajo de Beck ha sido especialmente influyente ya que entendía la depresión como un problema esencial en el pensamiento más que en el afecto (Hammen y Krantz, 1976; Krantz y Hammen, 1979), de hecho, los individuos que tienden a realizar más errores cognitivos en el procesamiento de la información tienden a experimentar más afecto negativo cuando se enfrentan a un evento negativo (Henriques y Leitenberg, 2002). De este modo, Beck propuso que los estilos de pensamiento sesgado negativo y la auto-desaprobación no sólo son características principales de la depresión, sino que juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno (Krantz y Hammen, 1979; Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson, 1986).

Durante un episodio de depresión, las actitudes disfuncionales conducen a unas creencias negativas absolutas de sí mismos, del mundo y de su futuro (*Tríada Cognitiva Negativa*) (Beck, 2008; Hammen y Krantz, 1976; Krantz y Hammen, 1979). En su estudio de 1976, Hammen y Krantz intentaron demostrar que las mujeres depresivas, comparadas con las no depresivas, exhibían patrones característicos de respuesta que podían reflejar sesgos en sus evaluaciones e interpretaciones de sí mismas, la situación y el futuro. Los resultados concluyeron que las mujeres deprimidas evaluaban sus capacidades personales y predecían su futuro de una manera significativamente más negativa y que las no deprimidas. Del mismo modo, Blackburn et al. (1986; citado por Wright y Beck, 1996),

llevaron a cabo una investigación en la que evaluaron las distorsiones en las tres áreas de la triada cognitiva negativa. Los resultados indicaron que las personas deprimidas puntuaban más del doble en una escala de distorsiones cognitivas (en concreto el *Cognitive Bias Questionnaire*) que los sujetos no deprimidos. Por otra parte, un gran número de investigaciones ha establecido que los pacientes depresivos podrían presentar estrategias disfuncionales en el procesamiento de la información que servirían para perpetuar los sentimientos de depresión y desesperanza (Hammen y Krantz, 1976). Es más, se ha visto que la desesperanza está altamente asociada con el riesgo de suicidio (Beck et al., 1990; citado por Wright y Beck, 1996).

Siguiendo su teoría, Beck (2008) sugiere que las actitudes disfuncionales están integradas dentro de los esquemas, los cuales, al ser activados, provocan que los pacientes deprimidos sesguen la información procesada y dirijan su atención a estímulos negativos, traduciendo la experiencia perceptiva en interpretaciones negativas distorsionadas (Beck et al., 2002; Hammen y Krantz, 1976; Henriques y Leitenberg, 2002; Rodríguez-Testal et al., 2002), lo que da lugar a la disforia característica de estas personas (Leitenberg et al., 1986). Por esto, las personas deprimidas tienden a emitir juicios globales, porque su contenido de procesamiento tiende a ser externo, negativo, absolutista, categórico, etc. (Beck et al., 2002; Jolly y Dickman, 1994). En el estudio de Stone y Glass (1986) se encontraron altos niveles de pensamientos automáticos en los pacientes deprimidos, apoyando, de este modo, la afirmación de Beck de que la depresión está asociada a ciertos tipos de pensamientos negativos. Además, este estudio también concluyó que los pacientes deprimidos informan de más autoafirmaciones negativas en la anticipación de la interacción social y una gran frecuencia de pensamientos automáticos negativos.

Beck describió seis de los errores cognitivos típicos en la depresión (*tabla 6*): sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización, catastrofización, pensamiento dicotómico e inferencia arbitraria (Hammen y Krantz, 1976; Leitenberg et al., 1986; Marton, Churchard y Kutcher, 1993). Además, su teoría ha generado un gran número de investigaciones que defienden que hay una relación muy estrecha entre cogniciones negativas y depresión (Henriques y Leitenberg, 2002; Tems et al., 1993) y, además, ha permitido el desarrollo de un tratamiento relativamente efectivo para la depresión unipolar (Beck et al., 2002; Henriques y Leitenberg, 2002).

Tabla 6. *Distorsiones cognitivas descritas por Beck*

Sobregeneralización	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular como no relacionadas
Abstracción Selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación
Personalización	Tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo o inadecuado
Catastrofización	El individuo piensa que lo que le sucederá será terrible e insoportable y que no será capaz de afrontarlo. Aquí sí se involucra el aspecto afectivo, es decir, lo que “se sentirá” si el evento tiene lugar
Pensamiento Dicotómico	El sujeto ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda la gama de posibilidades intermedias (matices)
Inferencia Arbitraria	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión

La mayoría de los estudios desarrollados sobre depresión, han sido realizados adultos, incluyendo tanto poblaciones clínicas como no clínicas. Con la evidencia de que los criterios diagnósticos en adultos son fiables y válidos para la población infanto-juvenil, parece posible ver si las distorsiones cognitivas juegan un papel en los trastornos afectivos infantiles (Haley et al, 1985). Al principio, el modelo de Beck recibió escasa atención en niños (Leitenberg et al., 1986) y, por tanto, la presencia de distorsiones cognitivas en esta población raramente ha sido explorada en la literatura (Marcote, Levesque y Fortin, 2006). Sin embargo, tras el estudio realizado por Leitenberg et al., en 1986, la relación de las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva ha sido ampliamente documentada. Mientras estudiaban los errores cognitivos en relación con los problemas de autoestima y síntomas depresivos, estos autores obtuvieron cuatro sesgos cognitivos fundamentales tras el análisis factorial del *Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ)*: catastrofismo, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva (Rodríguez-Testal et al., 2002). Los objetivos de esta investigación eran a) ver en qué medida los errores cognitivos estaban presentes los en niños; b) si ciertos errores cognitivos negativos eran más probables que otros y si esta variación se debía al contexto; c) si existían diferencias según el sexo, y d) si existían diferencias de grado.

Los resultados demostraron que no había diferencias significativas entre sexo y depresión para ninguno de los tipos de error y en ninguna de las áreas de contenido. Con respecto a la interacción entre depresión y tipo de error, los resultados mostraron que en los niños con síntomas depresivos, la sobregeneralización mostraba la puntuación más elevada, mientras que en el grupo control, la puntuación era mayor en abstracción selectiva. Con respecto a la autoestima, se vio que el número de chicos y chicas con baja y alta autoestima no eran iguales. Sin embargo, una serie inicial de ANOVAS de dos factores no demostró ninguna interacción significativa entre sexo y autoestima en la distorsión total, el tipo de error o contenido del área. Además los autores encontraron que los grupos con baja autoestima tenían una distorsión total más elevada que los grupos con alta autoestima. Un análisis indicó que los niños con baja autoestima tenían puntuaciones más altas en cada tipo de error cognitivo y en cada área de contenido. Se encontró, además, una interacción significativa entre autoestima y tipo de error: la sobregeneralización fue el error cognitivo más presente en el grupo de baja autoestima, mientras que en el grupo con alta autoestima, la abstracción selectiva destacó en mayor medida y, sin embargo, la sobregeneralización se encontraba a la cola (Leitenberg et al., 1986).

Tras esta investigación, se han realizado diversos y variados estudios. Un ejemplo de esto, sería el estudio diseñado por Deal y Williams (1988) para explorar la relación entre los factores cognitivos y el estrés en la predicción de las tendencias depresivas entre adolescentes. Estos autores esperaban que los niveles de distorsión pudieran ser mejores predictores de las tendencias depresivas que el hecho de experimentar eventos estresantes. Los resultados de esta investigación corroboran la hipótesis de Beck, es decir, apoyan la idea de que la depresión va acompañada por sesgos cognitivos en la percepción de los eventos, en la medida en que las distorsiones cognitivas están significativamente relacionadas con tendencias depresivas. Los resultados de esta investigación sugerían que la población infanto-juvenil experimenta distorsiones cognitivas y que tales pensamientos están relacionados con la depresión infantil y adolescente de manera similar en la que han sido relacionadas con la depresión en otros rangos de edad (Deal y Williams, 1988; Marton et al., 1993).

Del mismo modo, la investigación realizada por Epkins en 1998 indica que las distorsiones cognitivas no sólo están relacionadas con síntomas depresivos, sino que también se relacionan con las afirmaciones de los niños de su competencia social y

académica. De este modo, los resultados de este estudio siguen la línea de los modelos cognitivos que sugieren que la depresión involucra la visión negativa de sí mismo; revelando, además, que las distorsiones cognitivas de los niños estaban relacionadas de manera significativa con la competencia percibida de sí mismos en los dominios social y académico.

A pesar de que la conexión entre las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva y los trastornos depresivos es un hecho constatado, resulta difícil establecer la naturaleza de tal vinculación. Por ello, Rodríguez-Testal et al. (2002) realizaron un estudio cuyos objetivos eran a) analizar la relación entre la sintomatología depresiva y las distorsiones cognitivas presentes en las respuestas dadas por los jóvenes de 12 a 17 años; b) determinar las diferencias en las distorsiones cognitivas en función de la edad, sexo, presencia de sintomatología depresiva significativa y de la consideración del riesgo para los trastornos anímicos; y c) analizar los contenidos o tipos de distorsiones cognitivas en función de la edad, sexo, presencia de sintomatología depresiva significativa y riesgo para los trastornos de ánimo. Los resultados alcanzados revelaron que el procesamiento distorsionado de la información en esta población presenta una relación significativa con la sintomatología depresiva y cierta capacidad predictiva, confirmando la hipótesis general y la información procedente de la literatura. Tanto la sintomatología depresiva global como sus contenidos específicos, especialmente los relativos a la baja autoestima y los síntomas biológicos, han mostrado una relación significativa con el número de sesgos cognitivos. Como se ha visto en otros estudios, los contenidos depresivos aparecen de manera prominente, principalmente durante la adolescencia, en el caso de la relación entre el pensamiento distorsionado con la baja autoestima.

Al estudiar los errores cognitivos y la sintomatología depresiva con respecto a la edad, se registró una fuerte correlación de los primeros en los grupos de 13, 15 y 17 años, lo que sugiere que hay momentos puntuales en la aparición de los errores cognitivos acompañados de síntomas depresivos. Estas edades coinciden con los momentos de promoción a etapas superiores en el sistema educativo, por lo que los autores plantean que pudiera ser que la sintomatología específica responda a las necesidades, demandas y preocupaciones de cada uno en los momentos que atraviesan los jóvenes a lo largo de su desarrollo. Además de las diferencias de edad con respecto a las distorsiones y la medida

de depresión también se observaron diferencias entre varones y mujeres, sugiriendo que estas últimas presentaban mayor promedio de distorsiones y sintomatología depresiva.

En cuanto al análisis de los contenidos o tipo de distorsiones cognitivas, Rodríguez-Testal et al. (2002) hallaron que las distorsiones más frecuentemente encontradas en la presente investigación con independencia de la edad, el sexo o la sintomatología depresiva fueron el razonamiento emocional, el absolutismo y el pensamiento catastrófico. Los errores que mostraron diferencias por la edad considerando toda la población fueron el absolutismo y la maximización asociados a la fase inicial de la adolescencia (13-14 años), y el razonamiento emocional, las inferencias por adivinación y futuro, a la fase posterior (16-17 años). Por tanto, las diferencias en los tipos de sesgos cognitivos dependiendo de la edad no respaldan la hipótesis de su vinculación con las mayores edades, ya que de las 11 distorsiones, sólo tres correspondieron a los sujetos de más edad y dos a los de edades iniciales.

Por su parte, este estudio indicó que las mujeres cometen un mayor número de errores cognitivos, idea más adelante apoyada por los resultados de la investigación realizada por Marcotte et al. (2006); En concreto, presentaban más abstracción selectiva, catastrofismo y razonamiento emocional, mientras que los hombres sólo destacan en los “debería”. El error más frecuentemente señalado por ambos sexos fue el razonamiento emocional, el absolutismo en los varones y el tremendismo en las mujeres, y por último, los “debería”, tanto en hombres como en mujeres. Esto sugeriría que las mujeres tienden más a dramatizar y ser más emotivas y los varones a la exigencia y a la polarización (Rodríguez-Testal et al., 2002). Por otro lado, la cuestión de la estabilidad de los patrones cognitivos a lo largo del tiempo es un punto que ha sido ampliamente atendido. Algunas investigaciones sobre los sesgos cognitivos indican que éstos son estables en el tiempo, sin embargo, hay algunas evidencias que contradicen estos resultados, afirmando que existe variabilidad a lo largo del tiempo (Tems et al., 1993).

Un estudio realizado por Tems et al. (1993) evaluó los errores cognitivos, el estilo atribucional y la autoestima en niños clínicamente deprimidos. Los resultados indicaron que los niños deprimidos, al ser hospitalizados, informaban de altos niveles de sintomatología depresiva, mostrando más errores cognitivos y menor autoestima que los grupos control. Siguiendo un tratamiento, los síntomas depresivos y las distorsiones

cognitivas disminuían y la autoestima aumentaba de manera significativa en el grupo de depresivos. Años más tarde, en 2006, Marcotte et al. realizaron una investigación donde uno de los principales objetivos era examinar la estabilidad de las distorsiones cognitivas en relación a los síntomas depresivos en un intervalo de dos años. El estudio mostró que el adolescente que empezaba con una depresión, en un intervalo de dos años aumentaba su adherencia a las distorsiones cognitivas y que tras un tratamiento, estas disminuían. Estos resultados apoyan la teoría cognitiva de Beck (1967) para la depresión. Los datos confirman que durante la depresión, los niños y adolescentes se caracterizan por una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, pero que la terapia cognitiva ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión en población infanto-juvenil.

2.4. Trastornos de Ansiedad

La mayoría de las teorías planteadas y de la investigación realizada sobre la ansiedad reconoce que, en la actualidad, existen diferentes subtipos de ansiedad (*tabla 7*) que se agrupan bajo el denominador de “trastornos de ansiedad” (Clark y Beck, 2012). Aunque estos trastornos más específicos comparten algunas características comunes, como la activación del miedo a fin de detectar y evitar la amenaza, las diferencias existentes entre ellos son fundamentales por las implicaciones que tienen en el tratamiento (Clark y Beck, 2012).

Sandín y Chorot (2008) definen la ansiedad como “aquel estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo” (p. 61). La ansiedad generalmente es vista como una emoción adaptativa, ya que es muy útil que nos sintamos ansiosos bajo circunstancias o situaciones de amenaza. Las manifestaciones cognitivas, psicológicas y conductuales de la ansiedad están centradas en hacer frente al medio, así como aumentar la supervivencia de uno (Muris, 2008).

Tabla 7. Características claves de los cinco trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012)

TRASTORNO	ESTIMULO AMENAZANTE	VALORACION CENTRAL
Crisis de angustia (con o sin agorafobia)	Sensaciones físicas, corporales	Miedo a morir, a perder el control o perder la conciencia, a sufrir crisis de angustia adicionales
Ansiedad generalizada	Sucesos vitales estresantes u otras preocupaciones personales	Miedo a los posibles resultados futuros adversos o mortales
Fobia social	Situaciones sociales, públicas	Miedo a la evaluación negativa de los demás
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos inaceptables	Miedo a perder el control mental o conductual o a ser responsable de algún resultado para uno mismo o los demás
Trastorno de Estrés Postraumático	Recuerdos, sensaciones, estímulos externos asociados a las experiencias traumáticas pasadas	Miedo a los pensamientos, recuerdos, síntomas o estímulos asociados con el suceso traumático

Los modelos teóricos que han sido generados para dar explicación a la etiología y mantenimiento de la ansiedad enfatizan el papel de los procesos cognitivos (Boden, John, Goldin, Werner, Heimberg y Gorss, 2012; Himle, Himle y Thyer, 1989; Johnson, Johnson y Petzel, 1992; Muris, 2008; Weems, Berman, Silverman y Saavedra, 2001). De manera consistente con la teoría de Beck (2002) y, como hemos visto, las cogniciones o pensamientos automáticos de los pacientes depresivos tienden a ser absolutistas, orientados al pasado, negativos y tienen un tema de pérdida; no obstante, las cogniciones de los pacientes ansiosos son relativas, condicionales, orientadas al futuro y referidas al peligro (Jolly y Dyckman, 1994; Wright y Beck, 1996). Las comparaciones entre pacientes deprimidos y ansiosos (tabla 8) han revelado diferencias entre los dos grupos de sujetos, además de rasgos comunes a ambos (Clark et al., 1990, citado por Wright y Beck, 1996). En la depresión, las cogniciones a cerca de la desesperanza, baja autoestima y fracaso son más frecuentes; mientras que en la ansiedad, los temas cognitivos normalmente están relacionados con dolor o peligro anticipado. A pesar de que el contenido de los pensamientos puede ser distinto, ambos tipos de pacientes presentan desmoralización, ensimismamiento, un predominio del procesamiento de la información automática y una

reducción de la capacidad cognitiva para la solución de problemas y realización de tareas (Wright y Beck, 1996).

Tabla 8. *Procesamiento patológico de la información en depresión y ansiedad (Wright y Beck, 1996, p.1140)*

PREDOMINANTES EN DEPRESIÓN	PREDOMINANTES EN ANSIEDAD	COMUNES A LOS DOS
Desesperación	Temor al dolor y al peligro	Desmoralización
Baja autoestima	Gran sensibilidad a la información a cerca de una amenaza potencial	Ensimismamiento
Percepción negativa del entorno	Pensamientos automáticos relacionados con el peligro, el riesgo, la incontrolabilidad y la incapacidad	Aumento del procesamiento de la información automática
Pensamientos automáticos con temas negativos	Sobreestimación del riesgo en las situaciones en general	Esquemas desadaptativos
Errores en las atribuciones	Rememorización intensa del recuerdo de situaciones amenazantes	Reducida capacidad cognitiva para la resolución de problemas
Sobrevaloración del feedback negativo		
Rememoraciones intensas de recuerdos negativos		
Actuación alterada en las tareas cognitivas que requieren un esfuerzo del pensamiento abstracto		

La teoría planteada desde la TRE y otras terapias cognitivo-conductuales mantienen que la mayoría de los problemas de ansiedad y respuestas emocionales desadaptativas se basan en la adherencia individual a una o más creencias irracionales fundamentales (Thyer, Papsdorf y Krammen, 1983; Weems et al., 2001). De esta forma, se ha demostrado que los pacientes ansiosos tienen una predisposición atencional cuando responden a estímulos potencialmente amenazadores (Clark y Beck, 2012; Wright y Beck, 1996). Los individuos con niveles elevados de ansiedad tienen más posibilidades (que los no ansiosos) de asumir información sobre una amenaza potencial y, además, son más propensos a interpretar situaciones del entorno como increíblemente peligrosas o arriesgadas (Wright y Beck, 1996). Es decir, el procesamiento cognitivo de las personas ansiosas es muy selectivo, lo que conlleva a la amplificación de la amenaza y la

disminución del procesamiento de señales de seguridad (Clark y Beck, 2012). De este modo, los individuos muy ansiosos cometerán más errores cognitivos mientras procesan estímulos amenazantes particulares ya que el procesamiento cognitivo durante la respuesta inmediata de miedo tiende a ser muy selectivo y la atención se centra casi exclusivamente en la fuente de la amenaza y en la propia capacidad (o incapacidad) para manejar dicha amenaza. En consecuencia, se evidencian algunos errores no intencionados en la evaluación que hace el individuo (Clark y Beck, 2012; Thyer et al., 1983; Weems et al., 2001). Estos errores cognitivos pueden determinarse a partir de los pensamientos y conductas automáticas ansiosas que se elicitán en las situaciones que provocan de ansiedad (Clark y Beck, 2012). En la *tabla 9* se recoge una relación de los errores de pensamiento que son más habituales cuando las personas sienten miedo o amenaza.

Más tarde, Boden et al. (2012) realizaron otra investigación con el objetivo de examinar el papel del cambio de las creencias maladaptativas en el tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de fobia social. Desde este estudio se planteaba que los individuos con fobia social tienen creencias desadaptativas con respecto a sí mismos (se ven socialmente incompetentes) y los demás (son considerados jueces críticos) y de hecho, cuando se actúa en una situación social, estas cogniciones transforman las señales sociales inocuas en amenazas sociales significativas. Este estudio concluye que existe una relación moderada entre la severidad de los síntomas de la fobia social y las distorsiones cognitivas, y que un cambio en estas creencias media en el impacto del tratamiento recibido.

Uno de los trastornos de ansiedad en los que más se ha centrado la atención ha sido el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Varios enfoques teóricos han sugerido que los factores cognitivos pueden contribuir al desarrollo del TEPT (Cieslak, Benight, Caden y Lehman, 2008). Muchas teorías del trauma hipotetizan que los eventos traumáticos producen cambios en los pensamientos y creencias de las víctimas y que estos cambios juegan un papel importante en la respuesta emocional del trauma (Foa, Ejlhers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Sin embargo, es importante recordar que no todas las víctimas de un trauma desarrollan TEPT.

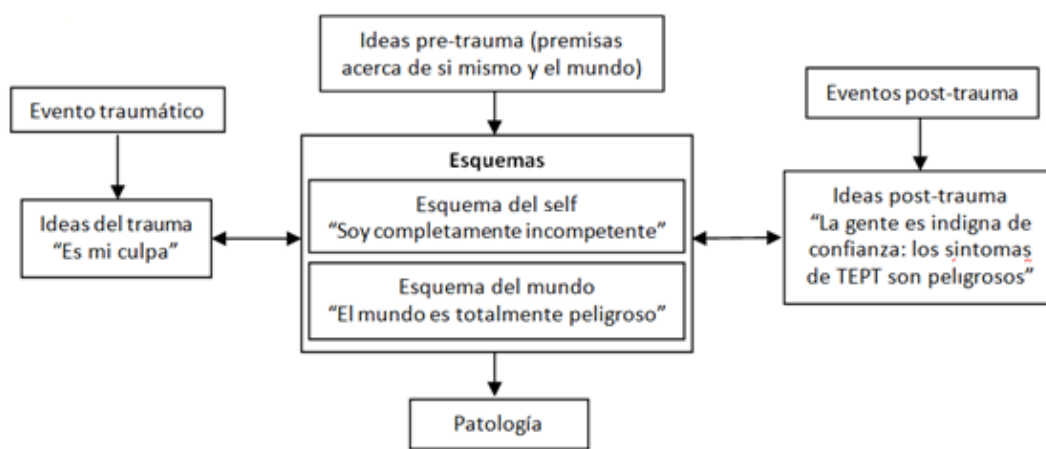
Tabla 9. Errores cognitivos en ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 293)

DISTORSION	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Pensamiento catastrófico	Focaliza en el peor resultado posible de la situación ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> - Pensar que la presión en el pecho es señal de un ataque al corazón. - Pensar que será despedido por contener un error en el informe.
Saltar a conclusiones	Esperar que el resultado temido sea extremadamente probable	<ul style="list-style-type: none"> - Predecir que se quedará en blanco durante un discurso. - Prever que se sentirá extremadamente ansioso si hace el viaje.
Visión en túnel	Focalizarse sólo en la posible información relevante para la amenaza al mismo tiempo que se ignoran las pruebas de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Advertir que una persona parece aburrida mientras usted habla en una reunión. - Un excombatiente con TEPT experimenta recuerdos e imágenes mientras ve una noticia de un lugar geográfico distante.
Propensión a la aproximación	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente	<ul style="list-style-type: none"> - Un individuo propenso a preocuparse está convencido de que será despedido en cualquier momento. - Una persona con miedo a vomitar se preocupa porque tiene una sensación “inestable en el estómago”.
Propensión a la aproximación	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente	<ul style="list-style-type: none"> - Un individuo propenso a preocuparse está convencido de que será despedido en cualquier momento. - Una persona con miedo a vomitar se preocupa porque tiene una sensación “inestable en el estómago”.
Razonamiento emocional	Suponer que cuanto mayor es la ansiedad, mayor es la amenaza real	<ul style="list-style-type: none"> - La persona con pánico asume que la probabilidad de “perder el control” es mayor cuanto mayor sea la ansiedad que siente. - El individuo propenso a preocuparse está convencido de que algo malo va a ocurrir porque se siente ansioso.
Pensamiento dicotómico	La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes y ausentes	<ul style="list-style-type: none"> - La persona con ansiedad social está convencida de que, si habla en una reunión, sus colegas de trabajo pensarán que es incompetente. - La persona que experimenta un trauma pasado está convencida de que debe evitarse cualquier cosa que le recuerde al incidente pasado.

De acuerdo con la teoría del procesamiento de la información desarrollada por Foa y Rothbaum (1998, citado por Foa et al, 1999; Beck, Coffey, Palyo, Gudmundsdottir, Miller et al., 2004; Cieslak et al., 2008; Daniels, Hegadoren, Coupland, Rowe, Neufeld y

Lanuís, 2011), el TEPT es consecuencia de disrupciones en el proceso emocional de recuperación. Específicamente se han propuesto dos cogniciones disfuncionales básicas que median en el desarrollo de esta patología: a) el mundo es completamente peligroso y b) uno mismo es totalmente incompetente. La relación hipotetizada entre estas cogniciones y el TEPT se representa en la *figura 4*.

Figura 4. Relación entre cogniciones disfuncionales y TEPT (Foa et al., 1999, p. 304)



Este modelo describe complejos factores involucrados en la formación de cogniciones negativas: los esquemas pre-trauma, la memoria traumática y las experiencias postraumáticas, que se interrelacionan en la recuperación postraumática (Cieslak et al., 2008), enfatizando así el papel sobresaliente de las cogniciones maladaptativas como factor de desarrollo y mantenimiento del TEPT (Cieslak et al., 2008; Daniels et al., 2011).

Además, Foa y Rothbaum (1998, citado por Foa et al, 1999) sugirieron que hay dos formas distintas por las que la gente adquiere distorsiones cognitivas. En primer lugar, los individuos que presentan la experiencia traumática con la noción de que el mundo es extremadamente seguro y que son extremadamente competentes tienen dificultades en asimilar la experiencia traumática y, por lo tanto, sobre-acomodan sus esquemas acerca de sí mismos y del mundo. Y, en segundo lugar, la experiencia traumática prima la existencia de esquemas del mundo como un lugar peligroso y a uno mismo como incompetente en individuos vulnerables para el desarrollo del TEPT. Por otro lado, los individuos que

tienen la discriminación más fina de los grados de seguridad y la competencia son más capaces de interpretar el trauma como una experiencia única que no tiene unas amplias implicaciones para la naturaleza del mundo y la naturaleza de su capacidad para hacer frente a ella.

Una serie de estudios han demostrado que los individuos que cumplen criterios para TEPT tienen creencias significativamente más negativas a cerca del mundo y de sí mismos que aquellos que no cumplen criterios diagnósticos, y que tales distorsiones cognitivas pueden predecir la severidad de los síntomas del estrés postraumático, (presentes y futuros), más allá de los síntomas de estrés agudo, depresión o ansiedad (Daniels et al., 2011). En concreto, en el trabajo realizado por Cieslak et al. (2008) se evidencia que la relación entre las cogniciones negativas y el estrés postraumático es más compleja, con el afrontamiento de auto-eficacia como mediador de este efecto. Las cogniciones negativas sobre el mundo y uno mismo, hacen a la persona menos capaz de manejar las demandas relacionadas con el trauma, apoyando la idea de que la percepción de incapacidad contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas postraumáticos.

Por otro lado, en el estudio realizado por Daniels et al. (2011) se investigó la relación entre distorsiones cognitivas, severidad de los síntomas de TEPT y la activación cerebral durante el recuerdo del trauma en una población extremadamente traumatizada. El estudio demostró, al igual que investigaciones previas, la existencia de una relación positiva entre estas variables, indicando que las distorsiones cognitivas pueden ser una parte inherente del estrés postraumático y que, además, pueden estar directamente asociadas con la naturaleza intrusiva de los recuerdos traumáticos.

Foa y Rothbaum (1998; citado por Foa et al., 1999) hipotetizaron que si el TEPT está mediado por las distorsiones cognitivas (del tipo: *“el mundo es un lugar peligroso”* o *“soy completamente incompetente”*), entonces, un tratamiento satisfactorio debería corregir estas distorsiones; y, de hecho, tras una terapia cognitivo conductual, los pacientes con TEPT crónico informaron de más visiones positivas a cerca de sí mismo y a cerca del mundo que antes del tratamiento (Foa et al., 1999).

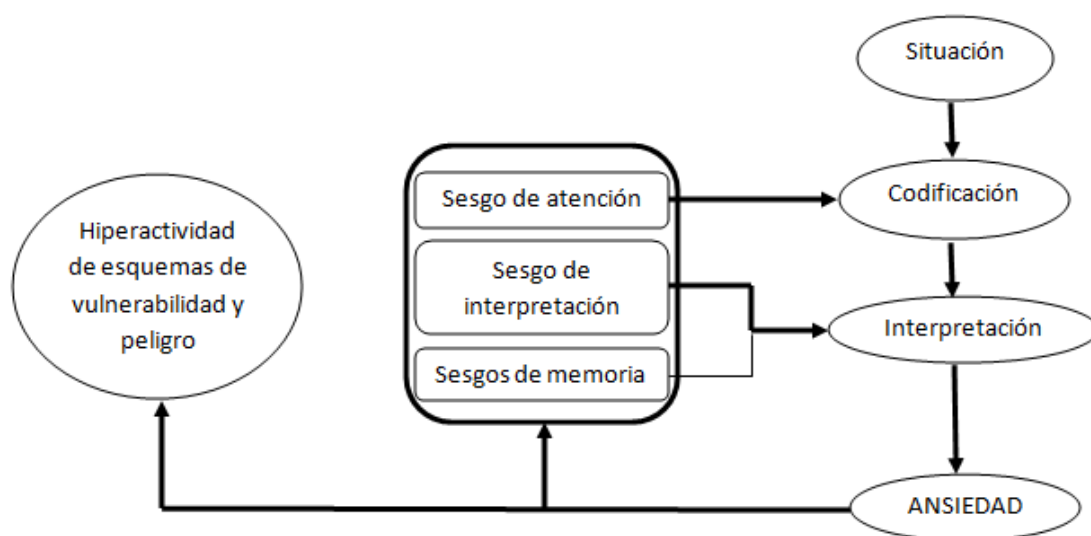
Han sido muchos los trabajos realizados sobre la relación entre ansiedad y distorsiones cognitivas, no obstante, los estudios no se han centrado exclusivamente en población adulta. Son numerosas las investigaciones que se han centrado en población

infanto-juvenil, ya que los trastornos de ansiedad están entre las formas más comunes de problemas emocionales entre los jóvenes (Cannon y Weems, 2010). La ansiedad es un fenómeno normal que ocurre durante el desarrollo y, aunque los miedos infantiles pueden ser bastante intensos, la mayoría suele desaparecer tan rápidamente como han aparecido (Muris, 2008). Sin embargo, en algunos niños, el miedo y la ansiedad persisten y pueden llegar a ser tan fuertes que comienzan a interferir en su funcionamiento diario, ya que los estos niños interpretan los estímulos, las situaciones y las experiencias pasadas ambiguas de una forma negativa, lo que dificulta el contacto con otras personas o provoca un bajo rendimiento escolar (Cannon y Weems, 2010; Muris, 2008).

En 1997, Daleiden y Vasey (citado por Muris, 2008) describieron varias distorsiones cognitivas que pueden aparecer durante el procesamiento de la información entre los jóvenes ansiosos (*figura 5*):

- Sesgo atencional: hace referencia a la tendencia de los jóvenes a prestar una atención excesiva hacia el material potencialmente amenazante. Este fenómeno tiene lugar durante la etapa de codificación, provocando una distorsión en el procesamiento de la información. Los estudios han demostrado una relación entre los problemas de ansiedad en la población infanto-juvenil y la atención selectiva (Watts y Weems, 2006).
- Sesgo de interpretación: se refiere a la tendencia de imponer de manera desproporcionada la amenaza a situaciones ambiguas. Se produce durante la etapa de interpretación. Este tipo de sesgo ha sido documentado en varios estudios con jóvenes, como el realizado por Cannon y Weems (2010) cuyos resultados demuestran que existen diferencias entre jóvenes ansiosos y no ansiosos a la hora de interpretar las situaciones ambiguas. Sin embargo, los autores también concluyen que no todos los jóvenes con problemas de ansiedad exhiben más sesgos de juicio e interpretación comparados con sus pares no ansiosos, sino más bien sugieren que los jóvenes con ansiedad tienen más probabilidad de puntuar más alto en esos sesgos.
- Sesgos de memoria: se refiere a la tendencia que tenemos a recordar de manera selectiva los eventos congruentes con el estado emocional, lo que se traduce en última instancia en la interpretación sesgada de situaciones ambiguas.

Figura 5. Modelo que combina la teoría cognitiva de Kendall de la ansiedad en la infancia y la perspectiva del procesamiento de la información (Daleiden y Vasey, 1997, citado por Muris, 2008)



Watts y Weems (2006) realizaron un estudio para examinar la asociación existente entre los sesgos de atención, los de memoria, los errores cognitivos negativos (a saber, catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva) y los problemas de ansiedad. En esta investigación, los autores confirman la hipótesis de que los sesgos de atención, los sesgos de memoria y los errores cognitivos están linealmente asociados con los síntomas de ansiedad, de manera que los jóvenes con mayores niveles de ansiedad presentan mayor cantidad de este tipo de sesgo o errores.

No podemos terminar esta revisión sin mencionar el estudio realizado por Leitenberg et al. (1986) en el que se intentó determinar cómo responderían los niños que informaban de síntomas de ansiedad en comparación con niños no ansiosos, evaluados por medio del *Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ)*. Los resultados demostraron a) que había una interrelación significativa entre sexo y nivel de ansiedad; b) puntuaciones significativamente más altas para el grupo de ansiedad alta comparado con el grupo de ansiedad baja para cada tipo de error y para cada una de las áreas de contenido; c) los sujetos con baja ansiedad presentaban más errores cognitivos del tipo abstracción selectiva, seguido por los errores de personalización, sobregeneralización y pensamiento

catastrófico. Sin embargo, entre los sujetos con ansiedad alta no se hallaron diferencias significativas entre los diferentes tipos de error, aunque de todos, la sobregeneralización fue la distorsión que aparecía con mayor frecuencia. Este resultado es corroborado, años más tarde, por el trabajo realizado por Maric, Heyne, Van Widenfelt y Westtenberg (2011), cuyos resultados sugieren que los altos niveles de errores cognitivos negativos como “leer la mente”, “subestimación de la capacidad para hacer frente”, sobregeneralización o personalización, son encontrados en niños y adolescentes con altos niveles de ansiedad.

Entre estos cuatro errores que evalúa en CNCEQ, solamente los tres primeros tienen una contribución negativa a la explicación de la ansiedad, siendo fuertes predictores de la misma. Estos resultados también confirman los resultados de la investigación realizada por Weems et al., en 2001, que añaden a la literatura una demostración más de las relaciones entre ansiedad y los errores cognitivos. La catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva se correlacionan de manera significativa con las medidas de autoinforme de ansiedad.

Todos estos resultados apoyan el modelo cognitivo de la ansiedad, el cual afirma que la ansiedad está caracterizada por fallos o formas negativas de pensamiento. Más específicamente, los resultados de las investigaciones realizadas añaden apoyo para el desarrollo de modelos cognitivos de la ansiedad en jóvenes, en general, y la noción de que los errores cognitivos son aplicables para comprender la ansiedad y sus problemas en jóvenes, en particular (Leitenberg et al., 1986; Weems et al., 2001).

2.5. Trastornos de la Conducta Alimentaria

El término “trastornos alimentarios” hace referencia a desórdenes psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta (Raich, 1994, p.20). Los trastornos alimentarios, o de la conducta alimentaria, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), agrupan un conjunto de problemas caracterizados por comportamientos, creencias y emociones anómalos sobre la alimentación, el peso y la forma corporal (Perpiñá, 2012, p. 571). Entre ellos destacan la anorexia y la bulimia nerviosas. Ambos trastornos son desórdenes complejos en los que los

problemas están unidos a nivel conductual, cognitivo y afectivo (Fernández-Aranda, Dahme y Meermann, 1999). Las características comunes a estos trastornos son la importancia de la apariencia física y el miedo a volverse obeso, reflejando así una insatisfacción en sí mismo (APA, 2013). En concreto el DSM 5 (APA, 2013) define, en primer lugar, la anorexia nerviosa (*tabla 10*) como el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma y el tamaño corporales; y, en segundo lugar, la bulimia nerviosa es descrita (*tabla 11*) como la presencia de atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de ganar peso.

Tanto la anorexia nerviosa (Gaudio y Quattrocchi, 2012; Steinglass, Eisen, Attia, Mayer y Walsh, 2007) como la bulimia nerviosa son trastornos graves que afectan a las mujeres en mayor medida que a los hombres (principalmente a chicas jóvenes) y son muchísimo más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida y en las que la cultura predominante enfatiza la delgadez (Raich, 1994).

Ambos trastornos suelen asociarse con psicopatología grave, e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, laboral y escolar (Raich, 1994). De hecho, los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes en las consultas de los centros de salud (Vellisca, Orejudo y LaTorre, 2012) debido a su curso crónico y su capacidad para elicitar morbilidad (Steinglass et al., 2007) médica y psicosocial importante (Gaudio y Quattrocchi, 2012).

La persona que sufre un trastorno alimentario presenta una serie de características que, aunque pueden variar mucho de unas personas a otras, tienen algunos puntos en común (Raich, 1994). Este es el caso de las distorsiones cognitivas. Frecuentemente se ha notado que el estilo de pensamientos de estas pacientes está caracterizado por distorsiones cognitivas que rodean a los temas de la comida (Garner y Bemis, 1982; Phillips, Tiggerman y Wade, 1997; Raich, 1994; Thorton y DeBlassie, 1987;), el peso y la imagen corporal (Dritchell, Williams y Cooper, 1991; Garner y Bemis, 1982; Laessle, Kittl, Fichter y Pirke, 1988; Mizes y Christiano, 1995; Perpiñá, 2012; Poulakis y Wertheim, 1993; Raich, 1994; Thorton y DeBlassie, 1987).

Tabla 10. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (APA, 2013, pp.191-192)

-
- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
 - B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
 - C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o la constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la auto-percepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Tabla 11. Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa (APA, 2013, pp.192-194)

-
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. Ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
 - B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
 - C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
 - D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
 - E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Estas distorsiones han sido descritas como la “psicopatología fundamental” para los desórdenes alimentarios (Jones, Leung y Harris, 1997; Mizes y Christiano, 1995). De hecho, diversos autores han argumentado que estas creencias se encuentran tanto en el mantenimiento (Dritchell et al., 1991) como en el origen de estos trastornos (Fairburn y Cooper, 1989, citado por Phillips et al., 1997; Poulakis y Wertheim, 1993).

Cuadro 6. *Distorsiones cognitivas que pueden aparecer en los trastornos alimentarios*

-
1. Abstracción selectiva
 2. Sobregeneralización
 3. Magnificación de las consecuencias negativas
 4. Pensamiento dicotómico
 5. Ideas autorreferenciales
 6. Pensamiento supersticioso
 7. Inferencia arbitraria
 8. Uso selectivo de la información
 9. La bella y la bestia
 10. El ideal irreal
 11. La comparación injusta
 12. La mente fea
 13. La lupa
 14. La fealdad radiante
 15. El juego de la culpa
 16. La mente que lee mal
 17. La desgracia reveladora
 18. El error de la belleza limitadora
 19. Sentirse fea
 20. El reflejo del mal humor
 21. Información nutricional incorrecta
 22. Expectativas distorsionadas y poco razonables a cerca de la comida y de la reducción del peso
 23. Fijación de objetivos no realistas y adhesión a las normas estrictamente establecidas
 24. Pensamiento perfeccionista
 25. Punto de vista egocéntrico (personalización)
 26. Afecto perturbado
 27. Distorsión de la imagen corporal
-

Se ha visto que los individuos con trastornos alimentarios tienen pensamientos para percibir la talla, el peso y las dietas, de manera diferente a la gente que no tiene tales problemas, presentando más pensamientos negativos relacionados con la comida y la figura corporal (Jones et al., 1997; Leassle et al., 1988; Phillips et al., 1997).

No son pocas las investigaciones que han enfatizado el aspecto cognitivo de los trastornos de la conducta alimentaria, y de hecho, algunos autores han aislado estas distorsiones cognitivas o errores centrales de procesamiento de estos desórdenes (Thompson, Berg y Shatford, 1997) (*cuadro 6*).

De este modo, encontramos la clasificación realizada por Garner y Bemis (1982), quienes, basándose en la especificación de distorsiones cognitivas desarrollada por Beck (2002), plantean las siguientes:

- Abstracción selectiva: *“Si como aunque sea una galleta me descontrolaré y comeré doscientas”, “No puedo perder el control. La noche pasada, cuando fui a cenar a un restaurante, me comí todo lo que me sirvieron, aunque había decidido con antelación que iba a ser muy cuidadosa. Soy débil”, “La única forma en que puedo tener el control es a través de la comida”, “Soy especial si estoy delgada”.*
- Generalizaciones excesivas: *“Si no me programo por la mañana lo que voy a comer, es mejor que no me arriesgue y no coma nada”, “Cuando solía comer carbohidratos, estaba gorda; por eso debo evitarlos, no quiero empezar a engordar”.*
- Magnificación de consecuencias negativas: *“Si he pasado de 34 a 35 kilos comiendo solamente esto, jamás podré comer normalmente porque enseguida pesaría 70 Kg.”, “Si gano 5 Kg., sobrepasaré el límite”, “Si otros comentan que he ganado peso no voy a ser capaz de soportarlo”, “He engordado dos Kg., no podré ponerme pantalón corto nunca más”*
- Pensamiento dicotómico: *“Mejor que no coma nada durante el día porque podría tener una crisis y hartarme de comer”, “Si me he dado un atracón debo ayunar tres días completos, por lo menos”, “Si como un poco de estos alimentos prohibidos, me atracaré de ellos porque no podré controlarme”, “Si no tengo todo el control, lo perderé”.*
- Ideas autorreferenciales: *“Cuando como parece que todo el mundo me mira”, “Dos personas sonrieron y susurraron cuando pasaba por delante de ellas; seguramente decían que no era atractiva porque he engordado 3 Kg.”, “Cuando veo a alguien con sobrepeso me preocupo por si estoy como él/ella”.*
- Pensamiento supersticioso: *“Mi cuerpo es como una bolsa en la que se deposita, aumentando el peso, cualquier cosa que ingiera”, “No puedo disfrutar de nada porque me lo quitarán”, “Si como dulce, se me hinchará el estómago al instante”.*

Saggin (1993; citado por Raich, 1994, p. 36) presenta otros ejemplos de distorsiones cognitivas en cuanto a la comida:

- Inferencia arbitraria: *“Si comes a gusto, engordas” y “Si primero como la verdura y después otros alimentos, absorberé menos calorías”.*

- Pensamiento dicotómico: *“Las comidas sanas no engordan, las poco saludables sí” o “Debo mantener siempre mi dieta, porque mi metabolismo es tal que si tomo algún alimento prohibido, engordo”*
- Uso selectivo de la información: *“Sé que el pan y la pasta son buenos para la salud, pero jamás los he encontrado recomendados para mi signo zodiacal, por eso no los como” o “La actividad física quema calorías, así que sólo puedo comer aquello que consume haciendo ejercicio”*
- Sobregeneralización: *“No puedo entrar en un bar sola porque una vez lo hice y me comí tres brioches”*
- Magnificación de lo negativo: *“No conseguiré controlarme nunca” o “No adelgazaré jamás”.*

Cash y Brown (1987; citado por Raich, 1994), plantean la *“Docena Sucia”* donde describen los pensamientos automáticos más frecuentes:

- *La bella o la bestia*: es un pensamiento dicotómico *“O soy atractiva o soy fea” o “Peso lo que quiero o soy gorda”*. En este pensamiento de blanco o negro no se presentan tonalidades de gris, no se aceptan aspectos parciales positivos y como ser perfecto es muy difícil, uno decide considerarse un desastre o imponerse unos regímenes terriblemente drásticos para intentar aproximarse al ideal.
- *El ideal irreal*: se refiere al uso de un ideal social como un estándar de apariencia aceptable. Los sentimientos de fealdad aparecen al compararse con los ideales que la cultura y la sociedad imponen en este momento. Desde las revistas y la televisión se bombardean con imágenes en las que se destaca el peso, la altura, la figura, estructura corporal, musculatura, tonalidad de la piel, color del pelo, etc. La verdad es que los estándares varían con el tiempo y que incluso las personas que presentan o se asemejan más a estas características tampoco están satisfechas con ellas mismas.
- *La comparación injusta*: se asemeja a la anterior, sólo que hace referencia a que uno se compara con gente a la que encuentra en situaciones diarias. En general, la comparación está llena de perjuicios y se realiza sólo con aquellas personas que tienen las características que les gustaría tener. Los sentimientos de envidia e insatisfacción se incrementan con la comparación injusta. Ejemplos de estos pensamientos: *“Desearía ser tan atractiva como aquella persona” o “Esta persona me hace sentir fea”.*

- La mente fea: es aquel pensamiento que minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse mínimamente atractiva.
- La lupa: se observa únicamente y de manera muy detallada sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia. Un ejemplo de este error sería: *“Mis caderas son tan horriblemente anchas que destruyen todo mi aspecto”*.
- La fealdad radiante: consiste en empezar a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra y otra, hasta conseguir hacer una gran bola de nieve en la que uno ha llegado a destruir cualquier aspecto de su figura.
- El juego de la culpa: hace posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño, aunque, en principio, no esté relacionado en absoluto con ella.
- La mente que lee mal: esta distorsión hace posible “leer” o interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal. Ejemplos de ella serían: *“La gente no es simpática conmigo por mi peso”* o *“No tengo novio porque soy gorda”*. De hecho, son suposiciones sin fundamento real, normalmente las personas que las practican dan por supuesto que ésta es la única y verdadera causa y, lo que es peor, actúan en consecuencia.
- La desgracia reveladora: hace referencia a la predicción de desgracias futuras que sucederán por culpa de la apariencia: *“No me llamarán por a mi apariencia”* o *“Siempre fracasaré porque no soy lo suficientemente bonita”*. Se usan con gran profusión los “nunca” y los “siempre”.
- El error de la belleza limitadora: es similar al anterior. Consiste en poner condiciones a las cosas a realizar que en realidad las hacen imposibles: *“No puedo ir a gimnasia para perder peso hasta que no pierda peso”* o *“No puedo ir a esa fiesta a menos que pierda 10 kg.”*.
- Sentirse fea: es un error cognitivo que consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal. El que una persona se sienta fea no quiere decir que lo sea, ni que los demás lo piensen, ni que en otras ocasiones ella misma pueda sentirse bien consigo misma.
- El reflejo del mal humor: sería el traspaso del mal humor o preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo. Un día estresante, un examen difícil, un disgusto con una amiga pueden ser en realidad la causa del mal humor, pero acaba achacándose a algún aspecto de la apariencia.

Por otro lado, basados en los estudios de la literatura y en la experiencia con los pacientes, Bauer y Anderson (1989) recogen 9 constructos que constituyen el núcleo de las creencias involucradas en la bulimia nerviosa:

- *“Tener o llegar a tener exceso de peso es lo peor que me puede pasar”.*
- *“Ciertas comidas son buenas comidas; otras comidas son malas comidas”.*
- *“Debo tener el control sobre todas mis acciones para sentirme a salvo”.*
- *“Tengo que hacer todo a la perfección porque si no, no tiene valor”.*
- *“Todo el mundo es consciente de lo que estoy haciendo y está interesado”*
- *“Todos deben quererme y aprobar lo que hago”.*
- *“La validación externa lo es todo”.*
- *“Tan pronto como consiga algo, renunciaré a la bulimia”.*
- *“Para tener éxito, una mujer debe combinar los valores tradicionales con la orientación agresiva de la carrera masculina”.*

Por su parte, Muuss (1986) plantea las siguientes distorsiones cognitivas como las más comunes dentro de la bulimia nerviosa:

- Información nutricional incorrecta: la mayoría de las pacientes bulímicas no están adecuadamente informadas acerca de los requisitos de una dieta bien equilibrada. No suelen entender su importancia y eliminan algunos alimentos de su dieta porque creen que engordan, como son el chocolate, el pan, las patatas, la mantequilla o las carnes. Suelen pasar de una dieta que está de moda a otra y pueden tener una pequeña biblioteca de libros de dietas.
- Expectativas distorsionadas y poco razonables a cerca de la comida y la reducción de peso: las pacientes bulímicas presentan creencias distorsionadas o incorrectas acerca de las comidas y los alimentos, por ejemplo, no entienden que una caloría es una caloría a pesar de que venga de las proteínas, las grasas o los carbohidratos. De hecho tienen expectativas poco realistas sobre los beneficios de las proteínas en comparación con los carbohidratos, y categorizan los alimentos como “buenos” o “malos”.
- Fijación de objetivos no realistas y adhesión a las normas estrictamente establecidas: Muchas pacientes bulímicas tienen listas de comidas prohibidas. Como los sentimientos de privación aumentan, paran la restricción y consumen los alimentos

en grandes cantidades, lo cual les lleva a un episodio purgativo. Después, experimentan sentimientos de culpa, fracaso y auto-condenación.

- Pensamiento perfeccionista: estas pacientes establecen estándares altamente rígidos de sí mismas en función de su dieta y la pérdida de peso. Son incapaces de aceptar la mínima ofensa por lo que sea. De hecho, ellas lo perciben como una catástrofe. Debido a que tienen unas expectativas perfeccionistas que son imposibles de alcanzar, las pacientes bulímicas continuamente se consideran fracasadas.
- Razonamiento del todo o nada: este tipo de pensamiento incrementa el miedo al fracaso y la tendencia a sobrereaccionar cuando esto ocurre. Estas mujeres raramente encuentran una posición intermedia factible y necesitan aprender que la moderación es adecuada.
- Punto de vista egocéntrico (personalización): piensan que todo el mundo las observa y temen que su conducta de comer pueda ser descubierta. Se empiezan a preocupar con que los otros piensan cosas de ellas y hacen que su autoestima dependa de las opiniones de los demás. Están convencidas de que perder peso hará que le guste más a la gente y deben aprender que la popularidad no depende de su peso.
- Sobregeneralización: son rápidas para saltar a la conclusión de que un evento negativo se repite sin cesar. Asumen de manera incorrecta que tienen una leve oportunidad hacia el éxito y que sus hábitos alimentarios nunca mejoran.
- Afecto perturbado: las personas bulímicas tienen problemas para entender y expresar las emociones. Fuera del contacto de sus emociones, encuentran dificultades para expresar el enfado o la agresión y tiene problemas para hacerse valer.

Sin embargo, de todas las distorsiones planteadas, la más investigada ha sido, sin lugar a dudas, la distorsión en la imagen corporal. Bruch (1962; citado por Cash y Brown, 1987; Cash y Deagle, 1997; Espina, Ortega, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001; Henninghausen, Ekelmann, Wewetzer y Remschmidt, 1999; Horne, Van Vactor y Emerson, 1991; Steinglass et al., 2007; Scheneider, Frieler, Pfeifer, Lehmkuhl y Salbach-Andrae, 2009) es conocida como la primera autora en reconocer las experiencias disfuncionales de la imagen corporal como elemento central en los desórdenes alimentarios. A partir de sus trabajos, se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal (Vellisca et al., 2012).

La imagen corporal es un constructo complejo que ha sido conceptualizado, descrito y medido desde diferentes puntos de vista (Garner y Moncrieff, 1988). Thompson (1990, citado por Vellisca et al., 2012), lo define como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física y su alteración, desequilibrio o perturbación de la misma. Por su parte, Garner y Moncrieff (1988) la definen como la imagen mental que una persona tiene de la apariencia física de su cuerpo. Por otro lado, Espina et al. (2001) refieren la imagen corporal como la preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Sepúlveda, Botella y León (2001) entienden la alteración en la imagen corporal como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo, que no coinciden con las características reales. Y Cash y Deagle (1997) consideran que los trastornos de la imagen corporal deben ser entendidos como prejuicios en el procesamiento de la información, en la atención, la memoria e interpretación selectiva o juicio.

A pesar de las diferentes definiciones que se han planteado a lo largo de la investigación sobre este error de pensamiento, los autores sí que coinciden en el hecho de que la imagen corporal está integrada por componentes perceptivos, cognitivo-afectivos y conductuales (Cash y Deagle, 1997; Espina et al., 2001; Henninghausen et al., 1999; Sepúlveda et al., 2001; Vellisca et al., 2012).

Garner y Garfinkel, (1981, citado por Cash y Brown, 1987, Espina et al., 2001; Vellisca et al., 2012) especifican dos tipos básicos de distorsión en la imagen corporal, que pueden manifestarse clínicamente en los desórdenes alimentarios: 1) la distorsión perceptiva de la talla, denominada “distorsión de la talla corporal”, en la que el paciente puede parecer no ser capaz de evaluar su talla corporal con exactitud, y que además conlleva una sobreestimación de las diferentes partes del cuerpo; y 2) la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y la preocupación de la figura (conocida como insatisfacción corporal), donde no hay conciencia de tamaño perturbado y recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

La mayoría de las investigaciones que han estudiado la imagen corporal han utilizado diversas técnicas de estimación de dicha imagen, y los resultados han sido claramente insatisfactorios, abarcando desde la sobreestimación hasta la falta de diferencias con controles normales (Fernández-Aranda et al., 1999). No obstante, con excepción de unos pocos estudios, las pacientes con trastornos alimentarios tienden a

sobreestimar su imagen corporal en mayor medida que las pacientes sin desordenes alimentarios (Raich, 1994; Schneider et al., 2009). En concreto, en el meta-análisis realizado por Cash y Brown (1987) se revisaron 33 estudios realizados desde 1973 hasta 1986, y los resultados mostraron que los pacientes con estos trastornos sobreestimaban su talla corporal en mayor medida de lo que lo suelen hacer los controles. Siguiendo esta línea, encontramos otro meta-análisis realizado por Cash y Deagle (1997) en el que concluyen que, tras revisar 66 estudios sobre la percepción y la actitud hacia la imagen corporal, las pacientes con bulimia y anorexia nerviosas refieren mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre la talla corporal que las pacientes sin tales trastornos, llegando a distorsionar su talla hasta un 73% más que los controles.

Si comparamos a las pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa con las pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, las investigaciones revelan que las primeras presentan una insatisfacción corporal (Cash y Deagle, 1997; Schneider et al., 2009; Sepúlveda et al., 2001) y una actitud negativa hacia el propio cuerpo mayor que las pacientes con anorexia nerviosa (Fernández-Aranda et al., 1999). Es más, en su estudio, Schneider et al. (2009) son más concretos aún, concluyendo que dentro de las pacientes anoréxicas, las purgativas presentan mayor insatisfacción corporal que las restrictivas.

En resumen, los estudios han usado una variedad de medidas para mostrar que las mujeres con problemas de alimentación muestran de manera consistente más creencias disfuncionales que las mujeres normales (Espina et al., 2001). Estos datos apoyan la idea de que los aspectos cognitivos son centrales en el desarrollo y mantenimiento de tales problemas.

2.6. Delitos Sexuales

Los delitos sexuales (*cuadro 7*) hacia mujeres y niños constituyen un problema prevalente en nuestra sociedad (Ward, Hudson y Johnston, 1997). De hecho, autores como DeLong, Burkin y Hundersmarck (2010) consideran los delitos sexuales infantiles como el mayor problema social. Los costes emocionales y psicológicos para las víctimas y sus familias, las altas tasas de reincidencia de algunos abusadores sexuales y los costes

financieros, aumentan, de manera urgente, la necesidad de investigar y tratar de una forma efectiva este problema (Ward et al., 1997).

La evidencia empírica ha mostrado que el abuso sexual infantil es una actividad abrumadoramente masculina. La mayoría de los delincuentes sexuales son varones, independientemente del sexo del niño del que abusan. Aunque se ha sugerido que las mujeres también cometen delitos sexuales, hay escasa literatura que apoya la veracidad de estas afirmaciones (Burn y Brown, 2006).

La noción de distorsión cognitiva es central en la delincuencia sexual y, por ello, ha recibido una atención profesional extensa (Blumenthal, Gudjonsson y Burns, 1999; DeLong et al., 2010; Burn y Brown, 2006; Gannon y Polascheck, 2006; Marziano, Ward, Beech y Pattison, 2006; Ward, 2000; Ward et al., 1997). Las cogniciones de los delincuentes sexuales son diferentes (o distorsionadas) en comparación con las de los delincuentes no-abusadores; y son estas diferencias las que ayudan a explicar los delitos sexuales (Gannon, Ward y Collie, 2007).

Cuadro 7. *Abuso sexual según la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal (BOE, 2010)*

Artículo 181

1. El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.
 2. A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.
 3. La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaleándose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.
 4. En todos los casos anteriores, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.
 5. Las penas señaladas en este artículo se impondrán en su mitad superior si concurriere la circunstancia 3.a o la 4.a, de las previstas en el apartado 1 del artículo 180 de este Código.
-

Cuadro 7 (cont.). Abuso sexual según la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal (BOE, 2010)

Artículo 182

1. El que, interviniendo engaño, realice actos de carácter sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años, o multa de doce a veinticuatro meses.

Cuando los actos consistan en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años. La pena se impondrá en su mitad superior si concurriera la circunstancia 3ª, o la 4ª, de las previstas en el artículo 180.1 de este Código.

Artículo 183

1. El que realizare actos que atenten contra la indemnidad sexual de un menor de trece años será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años.
2. Cuando el ataque se produzca con violencia o intimidación el responsable será castigado por el delito de agresión sexual a un menor con la pena de cinco a diez años de prisión.
3. Cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de ocho a doce años, en el caso del apartado 1 y con la pena de doce a quince años, en el caso del apartado 2.
4. Las conductas previstas en los tres números anteriores serán castigadas con la pena de prisión correspondiente en su mitad superior cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a. Cuando el escaso desarrollo intelectual o físico de la víctima la hubiera colocado en una situación de total indefensión y, en todo caso, cuando sea menor de cuatro años.
 - b. Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
 - c. Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
 - d. Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.
 - e. Cuando el autor haya puesto en peligro la vida del menor.
 - f. Cuando la infracción se haya cometido en el seno de una organización o de un grupo criminales que se dedicaren a la realización de tales actividades.
5. En todos los casos previstos en este artículo, cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público, se aplicará, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años.

Artículo 183 bis

El que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de trece años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 178 a 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño.

Las distorsiones cognitivas reflejan una deformación de la realidad (Feelgood, Cortini y Thompson, 2005) y una interpretación incorrecta de las situaciones delictivas

(Gannon y Polascheck, 2006; Ward, 2000). Dentro de este campo de investigación, estas cogniciones son reconocidas como errores consistentes en el pensamiento (Burn y Brown, 2006); en otras palabras, son actitudes y creencias que los delincuentes usan para negar, minimizar y/o racionalizar (Blumenthal et al., 1999; DeLong et al., 2010; Marziano et al., 2006; Ward, 2000; Ward et al., 1997; Ward, Gannon y Keown, 2006), y ejecutar su conducta desviada (DeLong et al., 2010). Además, este tipo de cogniciones ayudan a mantener estas actitudes ilícitas, ya sea con niños (Burn y Brown, 2006) o con mujeres.

Muchos de los trabajos teóricos y empíricos del área de las distorsiones cognitivas, han examinado el contenido cognitivo de los delincuentes sexuales (Ward, 2000) (*cuadro 8*). Sus creencias y actitudes hacia las mujeres y los niños tienden a ser tradicionales y conservadoras, con un punto de vista muy arraigado sobre los derechos de los hombres (Ward, 2000; Ward et al., 1997). Este sentido sobre los derechos sugiere que, en general, este tipo de delincuentes, son individuos absorbentes que creen que sus impulsos sexuales deben ser satisfechos (Ward et al., 1997).

Cuadro 8. *Distorsiones Cognitivas en el Abuso Sexual*

1.	Refutación
2.	Minimización
3.	Justificación/racionalización
4.	Las mujeres violadas consiguen lo que desean
5.	No se puede confiar en las mujeres
6.	Las mujeres nunca dicen lo que piensan
7.	Los hombres tienen derecho a tener sexo con quien quieren
8.	A las mujeres les gusta ser dominadas y controladas
9.	Las mujeres se burlan sexualmente de los hombres
10.	Las mujeres quieren sexo todo el tiempo
11.	Los hombres están dominados por impulsos y no pueden controlar sus deseos sexuales
12.	Los niños suelen iniciar el sexo y saben lo que quieren
13.	Los niños disfrutan del contacto sexual con adultos
14.	El sexo es bueno para los niños
15.	Los hombres sólo cometen abuso sexual cuando están estresados y pierden el control
16.	Lo que los hombres necesitan es más importante que lo que necesita el niño
17.	Los hombres pueden hacer lo que ellos quieren con sus hijos

Estos sujetos tienen más posibilidades de percibir a los niños en términos sexuales, y minimizan el daño causado por el abuso (Ward, et al., 1997). Es más, se dicen a sí mismos que su conducta no daña, degrada o traumatiza al niño, y se auto-convencen de

que su conducta es aceptable (DeLong et al., 2010; Ward et al., 2006). El delincuente sexual usa las distorsiones cognitivas como un medio para satisfacer sus necesidades personales, protegerse de los remordimientos y superar las inhibiciones con respecto al contacto sexual con niños (DeLong et al., 2010; Feelgood et al., 2005; Ward et al., 1997;). La reducción de estos estados negativos, antes y después del delito, podría mantener la motivación para esta conducta (Feelgood et al., 2005; Ward, 2000; Ward et al., 1997).

Una característica asociada a los delincuentes sexuales es la atribución de culpa (Blumenthal et al., 1999). La teoría de la atribución se preocupa del proceso mediante el cual los individuos explican su propia conducta o la de los demás. Heider (1958; citado por Blumenthal et al., 1999), indica que existen, por un lado, personas que realizan atribuciones internas, es decir, la explicación causal de sus acciones está localizada en el interior del individuo; y, por otro, personas que realizan atribuciones externas, es decir, localizan las explicaciones causales de la conducta en el exterior social. Se ha visto que hay una tendencia en los delincuentes de culpar de su conducta a los factores sociales o a la provocación de las víctimas con el propósito de reducir la culpa y la ansiedad y mantener su autoestima (Blumenthal et al., 1999). Son pocos los estudios que relacionan distorsiones cognitivas y atribución de culpa. Blumenthal et al. (1999) realizaron un estudio en el que compararon dos grupos de delincuentes sexuales diferenciados en función de la edad de la víctima (36 abusadores infantiles y 30 abusadores de adultos –violadores–), con el propósito de comprobar si 1) las distorsiones cognitivas de los delincuentes sexuales están asociadas al tipo de delito cometido, es decir, los delincuentes sexuales de niños presentan más aptitudes positivas asociadas con el sexo con menores que con adultos y viceversa; y 2) la atribución de culpa será diferente en quienes han cometido delitos sexuales con niños (si presentan más sentimientos de culpa) que con adultos (presentan más atribuciones externas). Los resultados mostraron que mientras que los delincuentes sexuales infantiles mostraban más actitudes positivas asociadas al sexo con niños, no ocurría lo mismo con el grupo de adultos, que mostraban más actitudes asociadas con violación que con delitos infantiles. Por otro lado, se confirmó la segunda hipótesis, es decir, la delincuencia sexual hacia adultos presentaba más atribuciones externas y los delincuentes infantiles más atribuciones de sentimientos de culpa.

2.6.1. Teoría Implícita de las Distorsiones Cognitivas de Ward

El término de distorsión cognitiva fue usado por primera vez en la literatura de la delincuencia sexual en los años 80 por Abel, Becker y Cunningham-Rathner (1984, citado por Gannon et al., 2007). Se referían a estas cogniciones como “sistemas de creencias o distorsiones” (Gannon et al., 2007, p. 403); no obstante, en una explicación posterior, amplían esta definición para incluir “procesos internos que incluyen justificaciones, percepciones y juicios usados por los delincuentes sexuales para racionalizar su conducta delincuente hacia los niños” (Gannon et al., 2007, p. 403). Otros autores han utilizado el término de distorsión cognitiva para referirse a “creencias desadaptativas”, “justificaciones”, “racionalizaciones”, “actitud defensiva” y “minimizaciones” (Gannon et al., 2007; Navathe et al., 2008). El problema es que este término se puede aplicar a una variedad diferente de fenómenos y no se han especificado claramente cuáles son las distorsiones específicas en este grupo de sujetos. Por ello, en los últimos años, las investigaciones han empezado a estudiar más profundamente las distorsiones cognitivas de los delincuentes sexuales. Por ejemplo, DeLong et al. (2010) realizaron un estudio con el propósito de explorar y documentar los tipos de distorsiones cognitivas utilizadas por los delincuentes sexuales de Internet, específicamente, con una muestra de 18 hombres que habían sido encarcelados por solicitar y llevar a cabo encuentros sexuales con menores. Los resultados hallaron la presencia de tres tipos de distorsiones cognitivas:

- Refutación: negación completa del delito; negación de los hechos, del delito, de la conducta y del impacto para la víctima
- Minimización: negación de la magnitud de la ofensa; negación del intento de cometer el delito y niega la responsabilidad ya que es el deseo de la víctima.
- Justificación/Racionalización: el infractor desarrollará razones para su conducta, aunque incorrectas; niega el daño a la víctima, niega la relevancia del delito ante la ley; niega la inmoralidad del acto; intenta desviar la culpa; reconoce el delito pero justifica la acción.

En este trabajo, la mayoría de los sujetos presentaban algún tipo de distorsión cognitiva, siendo la más común la justificación/racionalización (77.8% de los sujetos), seguida de minimización (67.7%) y refutación (16.6%). Este estudio sugiere que este tipo

de delincuente sexual es similar a otros, en la medida en que éstos también presentan distorsiones cognitivas para apoyar la naturaleza de su conducta (DeLong et al., 2010).

No obstante, una sugerencia reciente ha sido que los esquemas subyacentes generan distorsiones cognitivas evidentes en las descripciones de los abusadores de su conducta desviada (Ward et al., 1997; Ward, 2000). Ward ve las distorsiones cognitivas desde una perspectiva cognitivo social, que enfatiza la naturaleza implícita e inconsciente de las creencias humanas (Gannon et al., 2007; Ward, 2000). Este autor argumenta que las distorsiones cognitivas de los delincuentes sexuales surgen de teorías subyacentes que funcionan como teorías científicas y son utilizadas para explicar las regularidades científicas (acciones de otras personas) y lleva a cabo predictores a cerca del mundo (Marziano et al., 2006; Ward, 2000). Éstas ayudan a entender las estructuras y representaciones mentales ya que en ellas están representadas las entidades básicas (mujeres y niños), sus representaciones y sus propiedades (Ward, 2000).

Estas teorías, a las que denomina “*Teorías Implícitas de las Distorsiones Cognitivas*”, guían el procesamiento de la información o evidencian qué es relevante para la teoría. El abusador se basa en las teorías sobre las víctimas e infiere sus estados mentales, interpreta sus conductas y hace predicciones a cerca de sus acciones futuras y estados mentales (Ward, 2000). Ward (2000) argumenta que las distorsiones cognitivas en los delincuentes sexuales son principalmente de dos tipos: aquellas que reflejan el contenido de las creencias y deseos, y aquellas que están asociadas con los mecanismos responsables del rechazo y revisión de la evidencia, como pueden ser la negación y la minimización.

Las razones por las que algunos individuos desarrollan teorías implícitas desadaptativas no está clara (Gannon y Polascheck, 2006; Ward, 2000). El autor propone que éstas se desarrollan durante la infancia (Gannon et al., 2007; Navathe et al., 2008; Ward, 2000) para ayudar a explicar y predecir ocurrencias negativas inusuales, como pueden ser la muerte de uno de los padres, o el abuso físico o la negligencia (Gannon y Polascheck, 2006; Ward, 2000). Una vez que el delincuente alcanza la pubertad, estas teorías son aplicadas al dominio sexual (Gannon y Polascheck, 2007; Ward, 2000).

Ward (2000) hipotetiza que estas teorías implícitas desadaptativas de los delincuentes sexuales incluyen: a) asunciones generales a cerca de la naturaleza de las

personas y el mundo; b) creencias de nivel intermedio que tratan con categorías de entidades, tales como mujeres y niños; y c) creencias atribuidas a una víctima preliminar. Las creencias clave son las generales y las de nivel intermedio; éstas persisten y constituyen el concepto fundamental de las interpretaciones de los delincuentes y explicaciones de las acciones y estados mentales de las víctimas. Las teorías indican qué es lo que cuenta como evidencia y cómo debe ser interpretado. Si hay una discrepancia entre la teoría del delincuente y la evidencia, ésta última será reinterpretada, rechazada, o rara vez, la teoría será modificada (Ward, 2000).

Tabla 12. *Distorsiones cognitivas encontradas en abusadores infantiles y violadores (Ward et al., 1997; Ward, 2000, p.43; Ward et al., 2006)*

ABUSO INFANTIL	VIOLACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - “Los niños suelen iniciar el sexo y saben lo que quieren” - “Los niños disfrutan del contacto sexual con adultos” - “El sexo es bueno para los niños” - “Los hombres sólo comenten abuso sexual cuando están estresados y pierden el control” - “Lo que los hombres necesitan es más importante que lo que necesita un niño” - “Los hombres pueden hacer lo que quieran con sus hijos” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Las mujeres violadas consiguen lo que desean” - “No se puede confiar en las mujeres” - “Las mujeres nunca dicen lo que piensan” - “Los hombres tienen derecho a tener sexo con quien quieran” - “A las mujeres les gusta ser dominadas y controladas” - “Las mujeres se burlan sexualmente de los hombres” - “Las mujeres quieren sexo todo el tiempo” - “Los hombres están dominados por impulsos y no pueden controlar sus deseos sexuales”

Ward también sugiere que los violadores y abusadores de menores se caracterizan por teorías implícitas bastante diferentes (tabla 12) (Ward et al., 1997; Ward, 2000). A parte de la implicación obvia de sus víctimas, que variará en función de su edad, es posible predecir que el contenido de las teorías de los violadores estará más relacionado con la desaprobación de la víctima y será más hostil. Sugiere que se verán a sí mismos como más capaces de redirigir la percepción de las injusticias hacia ellos mismos y tienen más posibilidades de adoptar una postura combativa en sus relaciones con otros (Ward, 2000). Las conductas de los violadores, tienden a centrarse en la idea de responsabilidad u

hostilidad hacia la mujer y la aceptación de la violencia interpersonal. Sus creencias están ligadas con la agresión y la dominancia. Por otro lado, los abusadores infantiles percibirán el mundo como amenazador y se creen incapaces de dirigir sus relaciones directas o dominantes hacia otros adultos. Creen que necesitan ser amados y cuidados por lo que buscan niños que nunca les rechazarían (Ward, 2000).

Se han identificado 7 teorías implícitas que aparecen en las cogniciones de estos delincuentes (Ward, Gannon y Keown, 2006). Dos de ellas aparecen principalmente en violadores (las mujeres son incomprensibles y las mujeres son objetos sexuales), otras dos en abusadores infantiles (niños como seres sexuales y naturaleza del daño) y las tres restantes en ambos tipos de delincuentes (incontrolabilidad, mundo peligroso y derecho) (Gannon et al., 2007; Gannon y Polascheck, 2006; Marziano et al., 2006; Mihailidies, Devilly y Ward, 2004; Navathe et al., 2008; Ward, 2000; Ward et al., 2006):

- Las mujeres son incomprensibles: Sus creencias giran en torno a la idea de que las mujeres tienen una tendencia a engañar a los hombres y crear conflictos. Las mujeres son vistas como individuos que engañan y frustran deliberadamente a los hombres y, por ello, son consideradas como indignas de confianza y combativas por naturaleza. Algunas investigaciones empíricas con violadores indican que perciben a las mujeres en general, y a sus víctimas en particular, como engañosas y manipulativas.
- Las mujeres como objetos sexuales: Esta teoría gira en torno a la idea de que cuando los violadores mantienen creencias a cerca de las mujeres como objetos sexuales, implican declaraciones verdaderas sobre de los deseos de las mujeres, la receptividad sexual, la conciencia y la complejidad psicológica de éstas. La teoría implícita de que las mujeres son seres sexuales, afirma que la principal fuerza motriz de las actividades diarias de éstas es su deseo de sexo. Piensan que la constante receptividad sexual de las mujeres es aparente en cada aspecto de su conducta, incluso en conductas y comentarios aparentemente inocentes.
- Los niños como seres sexuales: Las creencias derivadas de esta teoría implícita, están caracterizadas por la idea nuclear subyacente de que los niños son seres inherentemente sexuales que disfrutan, e incluso buscan, el sexo con adultos. Ven a los niños a través de una “lente sexualizada” que tiende a procesar de manera incorrecta hasta las conductas infantiles más inocentes. Por ejemplo, un abusador infantil podría interpretar el sentarse en el regazo de un adulto, cogerle de la mano,

- los abrazos u otras conductas de afecto como un indicador sexual y actuar de cierta manera (como puede ser la interacción sexual con el niño) conforme a la interpretación que él ha dado a la conducta del niño. En un estudio realizado por Mihailides et al., (2004) se observó que los abusadores infantiles tardaban más tiempo en clasificar los conceptos “niño” y “sexual” como conceptos incompatibles que cuando se les pedía clasificar conceptos como compatibles. Esto demuestra que este tipo de delincuentes infunden sexualidad en los niños. Por otro lado, Marziano et al. (2006) encontraron que aquellos individuos que abusaban de niños presentaban más distorsiones relacionadas con esta teoría y con “Mundo Peligroso”, que aquellos que abusaban de niñas.
- Naturaleza del daño: Los delincuentes sexuales no podrían ver el daño que provoca la actividad sexual con niños, y argumentarían que hay conductas más dañinas que podrían infligir hacia los niños. Hay dos creencias centrales que sustentan esta teoría. En primer lugar, el daño es visto como algo que existe dentro de un continuo, de tal forma que solamente los actos extremadamente intrusivos o físicamente violentos causan un daño verdadero. Por ejemplo, un abusador infantil puede creer que como no tienen que sujetar a su víctima, su delito es relativamente menos violento comparado con otros delincuentes sexuales que atan a sus víctimas. La segunda variante va unida al hecho de percibir a los niños como seres sexuales. Así, las relaciones sexuales son percibidas como un acto inofensivo natural y, por ello, es menos probable que cause algún daño duradero en los niños. De esta forma, estos individuos restaran importancia, o ridiculizarán, la opinión social sobre los efectos dañinos del abuso infantil.
 - Incontrolabilidad: Las creencias surgen alrededor de la idea de que las cosas sólo pasan y que la conducta está principalmente influenciada por poderosos impulsos y emociones. En otras palabras, los individuos que mantienen esta teoría, tienen un locus de control externo. Los delincuentes ven su propia existencia como caótica y se ven a sí mismos incapaces de ejercer un control adecuado en sus vidas. Explican que su conducta sexual ha sido provocada por algún factor incontrolable. Por ejemplo, podrían culpar a un joven por crear sus deseos sexuales desviados, culpar a las experiencias estresantes como activadoras de su episodio, o atribuir su falta de control a una ocasión específica en la que había tomado drogas o alcohol. Estos individuos son inefectivos y pasivos y no pueden interrumpir o evitar el poder

interno y fuerzas externas que dan forma a su existencia diaria. Mihailidies et al. (2004) encontraron que los abusadores infantiles eran más rápidos al responder a pares de palabras relacionadas con el sexo y la pérdida de control, comparados con los delincuentes no sexuales y los no-delincuentes. Concluyeron que los delincuentes infantiles mantenían asociaciones más fuertes entre las palabras que representan la teoría implícita de incontrolabilidad.

- Mundo peligroso: Esta teoría gira en torno a la creencia de que el mundo es amenazador, lleno de personas hostiles y abusivas, que le rechazan a la menor oportunidad. Hay dos variantes ligeramente diferentes. En primer lugar, están aquellos sujetos que ven a los adultos y a los niños como seres hostiles. La única forma efectiva de tratarles es a través de la dominancia y el control. En la segunda variante, se encontrarían aquellos que ven a los niños como un refugio seguro en un mundo lleno de adultos hostiles que le rechazan. De esta forma, ven a los niños como los únicos individuos seguros y amorosos con quien pueden tener una relación. Así, siguiendo la primera variante, estos sujetos podrían argumentar que los niños necesitan ser puestos en el lugar de seres sexuales o, siguiendo el segundo punto de vista, los niños son los únicos que realmente les quieren. Marziano et al., (2006) encontraron que aquellos delincuentes sexuales que habían sido objeto de abuso en la infancia exhibían más frecuentemente creencias relacionadas con esta teoría que aquellos que no habían sido abusados sexualmente.
- Derecho sexual: Los delincuentes sexuales se ven a sí mismos y a sus necesidades como supremas en comparación con otros grupos de gente, como pueden ser las mujeres o los niños. Esta superioridad les da derecho para afirmar su necesidad de estar por encima de los demás y esperar que su gratificación siempre este por encima de otras preocupaciones. Además, debido a que estos individuos mantienen un sentido exagerado de su importancia, viven su vida con respecto a sus propias reglas. Así, de acuerdo con esta teoría, algunos de estos delincuentes vendrían a creer que ellos son superiores a los niños y mujeres y, como consecuencia, tienen derecho a tener relaciones sexuales con ellos si así lo desean. Piensan que los demás deben posponer sus propias necesidades y, si no lo hacen, probablemente experimentarán sentimientos de irritación y, a veces, de ira.

Marziano et al. (2006) llevaron a cabo uno de los primeros estudios centrados en evaluar la validez de contenido del modelo planteado por Ward. El estudio tenía dos

objetivos: en primer lugar, querían ver si cinco de estas teorías implícitas (*niños como seres sexuales, derecho sexual, mundo peligroso, incontrolabilidad y naturaleza del daño*) se encontraban presentes en una muestra de 22 adultos detenidos por abuso sexual a menores; y, en segundo lugar, averiguar si este tipo de delincuentes presentaban una mayor frecuencia de teorías implícitas que aquellos que llevaban realizando esta conducta menos tiempo. Para ello, realizaron una entrevista a cada uno de los sujetos y analizaron sus declaraciones, de las cuales 2.660 fueron identificadas como distorsiones cognitivas y fueron adjudicadas a una de las cinco de teorías implícitas. De todas las declaraciones, la que aparecía con más frecuencia era “*niños como seres sexuales*” (presente en el 28% de las declaraciones), seguida de “*incontrolabilidad*” (26%), “*mundo peligroso*” (22%), “*naturaleza del daño*” (14%) y “*derecho sexual*” (10%). Estos datos proporcionan una fuerte evidencia de la existencia de estas teorías implícitas en esta muestra. Por otro lado, los datos revelaron que no existía una relación significativa entre el tiempo que llevaban realizando la conducta y el tipo y número de teorías implícitas identificadas, en otras palabras, las distorsiones cognitivas no aumentan con el tiempo. Estos resultados sugieren que las creencias básicas de estas teorías identificadas por Ward, son representativas de las creencias nucleares de los delincuentes sexuales sobre los niños, ellos mismos y el mundo (Marziano et al., 2006).

En resumen, las investigaciones apoyan la noción de que los delincuentes sexuales interpretan la información de manera desadaptada (en función de sus creencias subyacentes), y la relacionan consecuentemente con la actividad sexual (Ward, 2000). Por ello, el entendimiento del proceso cognitivo subyacente al inicio, mantenimiento y justificación del delito sexual es un pre-requisito vital para entender el abuso sexual y el desarrollo satisfactorio de programas de tratamiento (Ward et al., 1997).

2.7. Agresión y Conducta Antisocial

La agresión humana es un fenómeno resistente que ha sido definido de diferentes modos (Shaffer, 2002). Nosotros vamos a entender la agresión como “cualquier forma de conducta dirigida a dañar o perjudicar a otro ser vivo que está motivado a evitar tal trato” (Baron y Richardson, 1994, citado por Arias Orduña, 2009, p. 416).

Encontramos distintos autores que sostienen que tanto la conducta agresiva como la antisocial derivan de una propensión innata a la violencia. Así, encontramos a Freud, quien creía que el *thanatos* (o instinto de muerte) era el factor que generaba la energía agresiva en todos los seres humanos. Afirmaba que esta energía hostil aumentaba hasta llegar a un nivel crítico y, a continuación, se descargaba a través de una conducta violenta y destructiva. Del mismo modo, Lorenz describía la agresión como un instinto de lucha que activaban ciertos indicios desencadenantes del entorno (Shaffer, 2002).

Debido a que estas teorías poseen un valor explicativo limitado y ya que no hay pruebas neurofisiológicas de que el cuerpo genere o acumule energía agresiva, surgieron teorías alternativas para explicar esta conducta. Dollard y sus colaboradores (Arias Orduña, 2009; Shaffer, 2002) propusieron una teoría del aprendizaje sobre la agresividad humana, conocida como la *Hipótesis de la Frustración-Agresión*. Esta teoría está basada en dos ideas básicas: a) la frustración (desbaratamiento de la conducta orientada a unas metas) siempre produce alguna clase de agresión y b) la agresión siempre está provocada por alguna clase de frustración. Los problemas no tardaron en plantearse ya que la frustración no siempre se traduce en agresión. Berkowitz hace una revisión a esta teoría y plantea que la frustración origina una disposición para actos agresivos, que se puede considerar hostilidad o ira, y que es posible que muchas otras causas que podrían producir afecto negativo o desencadenar pensamientos hostiles incrementen la disposición a agredir (Shaffer, 2002).

Bandura en su *Teoría del Aprendizaje Social* subraya, por primera vez, la influencia cognitiva de la agresión. Trata la agresión como un tipo de conducta social que se adquiere mediante los mismos procesos que cualquier otra clase de conducta social. Según Bandura (Arias Orduña, 2009; Shaffer, 2002), las respuestas agresivas se adquieren de dos formas. La primera, y más importante, es el aprendizaje por observación, un proceso cognitivo por el que los niños se fijan en las respuestas agresivas que ven en los demás y las retienen en la memoria. La segunda, hace referencia a que los niños adquieren respuestas agresivas (o hábitos agresivos) mediante la experiencia directa. El niño al que se le refuerza la conducta agresiva, tiene más probabilidades de recurrir a la agresión en el futuro. La conducta agresiva se suele mantener si desempeña un papel decisivo en lograr beneficios para el agresor o satisfacer sus objetivos. Es decir, se supone que los niños muy

agresivos han aprendido que el empleo de la fuerza es un medio efectivo y eficaz para otros fines (Shaffer, 2002).

Por otro lado, Dodge (1980) ha formulado un *Modelo de Procesamiento de la Información Social* que trata de explicar cómo llegan los niños a preferir soluciones agresivas (en vez de no agresivas) para los problemas sociales. Sostiene que el niño, en primer lugar, codifica e interpreta los indicios inmediatos. Después de interpretar estos indicios, el niño debe formular una meta (para resolver el incidente), generar y evaluar posibles estrategias para alcanzarla y, por último, seleccionar y dar una respuesta. El modelo propone que el estado mental del niño influye en cualquiera de las fases de procesamiento de la información que plantea esta teoría (Shaffer, 2002).

La conducta agresiva es considerada como un elemento “normal” dentro del repertorio conductual de las personas, es decir, la agresividad no es necesariamente una manifestación de anomalías individuales (Arias Orduña, 2009). De hecho, la conducta agresiva aparece en niños muy pequeños. Sin embargo, a pesar de que estos niños muy pequeños sí se enfadan y puede que peguen a otras personas de vez en cuando, es difícil creer que estas acciones tengan una intención agresiva. Hacia finales del primer año de vida ya está establecida la agresión instrumental, consistente en actos agresivos que se llevan a cabo con el objetivo fundamental de acceder a objetos, espacio o privilegios (Shaffer, 2002).

Shaffer (2002) afirma que a lo largo de la infancia, la agresión se va haciendo, por un lado, menos física y más verbal y, por otro, algo menos instrumental y cada vez más hostil, es decir, a estas edades, los niños realizan actos agresivos que se llevan a cabo con el objetivo principal de dañar o herir a la víctima. A lo largo del desarrollo, la agresión abierta va disminuyendo. Sin embargo, aunque la mayoría de los adolescentes van haciéndose mucho menos agresivos con la edad, no tienen necesariamente un mejor comportamiento. La conducta antisocial juvenil es considerada como un problema social extenso que está relacionado con multitud de factores de riesgo, que incluyen la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, rasgos de personalidad sádica y límite, depresión, desventajas sociales, problemas familiares como apego pobre y discordia entre padres e hijos (Chabrol, 2011), uso y abuso de sustancias, absentismo escolar y problemas

académicos, vandalismo y mala conducta de tipo social (Shaffer, 2002) y asalto y robo (Barriga et al., 2000; Shaffer, 2002).

Entre las variables psicológicas, el papel de los factores cognitivo-sociales ha sido recientemente enfatizado (Chabrol, 2011). Estos factores incluyen la inmadurez del juicio moral, las distorsiones cognitivas auto-sirvientes y/o modelos desviados del procesamiento de la información social, bajos niveles de empatía cognitiva y actitudes que conducen a la conducta delincuente (Chabrol, 2011).

Varias teorías que tienen el propósito de explicar el origen, desarrollo y mantenimiento de la conducta antisocial, hacen hincapié en la importancia de las distorsiones cognitivas (Barriga y Gibbs, 1996; Barriga, Hawkins y Camelia, 2008; Barriga, Landau, Stinson, Liao y Gibbs, 2000; Giancola, Mezzich, Clarck y Tarter, 1999; Liao, Barriga y Gibbs, 1998; Wallnius, Johanson, Lardén y Dervenik, 2011) auto-sirvientes en las cogniciones sociales de los delincuentes (Nas, Brugman y Koops, 2008). De hecho, se ha visto, que las distorsiones cognitivas auto-sirvientes son más prevalentes entre adolescentes delincuentes que en no-delincuentes (Barriga et al., 2000; Brugman y Bink, 2011; Wallnius et al., 2011).

Las distorsiones cognitivas, como sabemos, son definidas como formas erróneas o sesgadas de atender o dar significado a las experiencias (Barriga et al., 2000; Brugman y Bink, 2011; Nas et al., 2008; Wallnius et al., 2011). En concreto, desde la *Teoría del Procesamiento de la Información* (Dodge, 1986, citado por Liao et al., 1998; Wallnius et al., 2011), se considera que las distorsiones cognitivas están muy ligadas a la conducta antisocial, dónde estas distorsiones están caracterizadas como sesgos en el procesamiento de la información, que median entre los estímulos que percibimos y las respuestas que damos. El término de distorsión cognitiva auto-sirviente fue introducido para definir las distorsiones que son específicamente asociadas con conductas externalizantes (Brugman y Bink, 2011; Wallnius et al., 2011), tales como la agresión o la delincuencia (*cuadro 9*).

Cuadro 9. Distorsiones cognitivas en la conducta agresiva

- | | |
|----|---------------------------------|
| 1. | Egocentrismo |
| 2. | Culpar a los otros |
| 3. | Minimizar/etiquetado incorrecto |
| 4. | Asumir lo peor |

Las distorsiones cognitivas han sido estudiadas por numerosos puntos de vista en relación con la sintomatología *internalizante* y *externalizante* (Barriga et al., 2000). Depresión y agresión han sido identificadas en estudios de análisis factorial como representaciones de las dimensiones básicas de psicopatología denominadas por Achenbach como “*internalización*” (retraimiento, síntomas somáticos y ansiedad/depresión) y “*externalización*” (conducta agresiva y conducta delictiva) (Barriga et al., 2000). Se han realizado muchos esfuerzos para establecer síndromes clínicos definidos empíricamente. La investigación ha implicado el uso de diferentes instrumentos, de respuestas dadas por diferentes personas adultas que cuidan a los niños y de la evaluación de diferentes poblaciones de niños y adolescentes en diversas situaciones (Wick-Nelson, 1997).

Hay pruebas sólidas, o grupos generales, de conductas o características. Uno de estos grupos se ha etiquetado como *trastorno de exteriorización, infra-control o disocial*. Algunas de las características asociadas frecuentemente a este patrón son las peleas, rabietas, desobediencia y destructividad. El segundo agrupamiento se ha designado como *interiorización, sobre-control, o ansiedad-retraimiento*. Algunas de las características asociadas a este agrupamiento se describen como ansiedad, timidez, retraimiento y depresión (Wick-Nelson, 1997).

Se han identificado empíricamente (tabla 13) ocho síndromes menos generales o categorías reducidas. Tres de estos síndromes caen dentro de la categoría general de interiorización, dos dentro de la exteriorización, y las otras tres no entran claramente en ninguna de las dos.

Tabla 13. Dimensiones Psicopatológicas propuestas por Achenbach (Wick-Nelson, 1997)

INTERIORIZACIÓN	Retraimiento
	Síntomas Somáticos
	Ansiedad/Depresión
NI INTERIORIZACIÓN NI EXTERIORIZACIÓN	Problemas sociales
	Problemas de pensamiento
	Problemas de atención
EXTERIORIZACIÓN	Conducta delictiva
	Conducta agresiva

Las distorsiones de individuos externalizantes han sido descritas principalmente como la tendencia a procesar la información de forma sesgada, como pueden ser el hecho de atribuir intenciones hostiles a los otros, además de que podrían ser criminológicas en la medida en que le protegen a sí mismo de la culpa o el auto-concepto negativo (Barriga et al., 2000). Barriga et al. (2000) realizaron un estudio con el propósito de examinar la prevalencia de distorsiones cognitivas en adolescentes con y sin problemas. En particular, el objetivo que se perseguía era estudiar si las distorsiones cognitivas auto-sirvientes y auto-degradantes estaban relacionadas con problemas de conducta externalizantes e internalizantes, respectivamente. Los resultados mostraron que, en efecto, existía una relación específica entre distorsiones cognitivas auto-sirvientes y conducta antisocial, así como entre distorsiones cognitivas auto-degradantes y conducta internalizante. Conclusiones similares se obtuvieron en otro estudio realizado por Barriga et al. (2008). Por otro lado, Leung y Wong (1998) realizaron una investigación con el propósito de examinar la relación entre varias formas de distorsiones cognitivas (catastrofización, sobregeneralización, abstracción selectiva y personalización) con problemas internalizantes y externalizantes, en una muestra comunitaria de 405 adolescentes. Los resultados indicaron que ambos tipos de problemas, internalizantes y externalizantes, son predictores significativos de varias formas de distorsiones cognitivas. Sin embargo, los problemas internalizantes han mostrado consistentemente relaciones más fuertes con las distorsiones cognitivas que los problemas externalizantes. Los autores concluyen afirmando que los adolescentes con problemas internalizantes más desviados presentan mayor cantidad de distorsiones cognitivas

Gibbs, Potter y Goldstein (1995, citado por Barriga y Gibbs, 1996; Brigman y Bink, 2011; Chabrol, 2011; Lardén, Melin, Holst y Langström, 2006; Liao et al., 1998; Nas et al., 2008; Wallnius et al., 2011) introdujeron un modelo tipológico de distorsiones cognitivas autosirvientes:

- Egocentrismo: actitudes dónde los individuos se centran en sus propias opiniones, expectativas, necesidades y derechos, de tal forma que, las opiniones o necesidades de los otros, rara vez (o nunca), son respetadas o tenidas en consideración.

- Culpar a los otros: consiste en atribuir de forma errónea las propias acciones dañinas a otras personas, grupos o, incluso, a una situación momentánea (haber bebido, estar e mal humor, etc.).
- Minimizar/Etiquetado incorrecto: son aquellas distorsiones dónde la conducta antisocial aparece como una forma aceptable, (incluso necesaria), de lograr ciertos objetivos, así como formas de menospreciar y deshumanizar a los otros.
- Asumir lo peor: representa las distorsiones cognitivas dónde el individuo atribuye intenciones hostiles a los otros, considerando el peor de los casos o escenarios posibles, o asumir que una mejora en la propia conducta o la de los otros es imposible.

Por otro lado, Barriga y Gibbs (1996) dividieron las distorsiones cognitivas en dos tipos:

- Distorsiones primarias (“egocentrismo”): Estas distorsiones provienen de los sesgos egocéntricos encontrados de manera más prominente entre los niños y jóvenes, y reflejan los estadios de madurez moral menos maduros descritos por Kohlberg (*tabla 14*). Tales distorsiones cognitivas y sus conductas asociadas están relacionadas con la creencia de que los individuos pueden hacer lo que quieran. Por tanto, este tipo de distorsiones aumentan la oportunidad para participar en la conducta antisocial.
- Distorsiones cognitivas secundarias (“culpar a los otros”, “minimizar/etiquetado incorrecto”, “asumir lo peor”): El papel de estas distorsiones es para reducir el estrés emocional que las distorsiones cognitivas primarias causan, es decir, sirven para neutralizar los potenciales sentimiento de culpa o empatía con la víctima para prevenir, de esta forma, el daño al propio auto-concepto resultante de la conducta.

Hay un considerable apoyo empírico para la idea de que los factores cognitivos y afectivos interactúan en la conducta antisocial, y que los déficits y distorsiones cognitivas de adolescentes antisociales sirven para proteger al individuo de los sentimientos aversivos de empatía basada en la culpa. La empatía puede ser definida como una respuesta afectiva de un individuo hacia un estado o condición emocional de otra persona, y desempeña varias funciones distintas relacionadas con la interacción social, emocionalidad y la toma de perspectiva (Lardén et al., 2006).

Tabla 14. Estadios morales de Kolberg (Papalia y Wendkos Old, 1992)

NIVELES MORALES	ESTADIOS	CARACTERÍSTICAS
Preconvencional (4-10 años) El énfasis se hace en el control externo. Los patrones son los de los demás, y se cumplen para evitar el castigo o bien para obtener recompensas	I. A. (4-7 años) Orientación hacia el castigo y la obediencia <i>“¿qué me pasará?”</i>	Realismo moral, heteronimia, absolutismo, incapacidad para diferenciar perspectivas socio-morales múltiples, los niños obedecen las reglas de otros para evitar el castigo.
	I. B. (7-10 años) Orientación hedonista instrumental e intercambio <i>“Tu me arañaste, yo te arañé”</i>	Perspectiva individualista, concreta, instrumental y hedonista: los niños se adaptan a las reglas por egoísmo y considerando lo que los demás pueden hacer por ellos a cambio de cumplirlas.
Convencional (10-13 años ó más) Ahora, los niños quieren complacer a otras personas. Quieren que las personas cuyas opiniones son más importantes para ellos, los consideren “buenos”	II. A. (10-13 años) Orientación del <i>“buen chico/a”</i>	Integrar las distintas perspectivas individuales en normas compartidas que se espera que cumplan todos. Los niños quieren agradar y ayudar a los demás y tienen en cuenta las circunstancias.
	II. B. (13-16 años) Orientación hacia el mantenimiento del orden social	Adoptar la perspectiva del sistema social en el que se integran por un lado, normas compartidas y, por otro, las expectativas interpersonales, coordinar los deberes con sus derechos recíprocos. Consideran que un acto siempre es malo, por encima de sus motivos o circunstancias, si viola una norma o lastima a otros.
Postconvencional (adolescencia temprana o hasta la edad adulta temprana o nunca) Este nivel marca el alcance a la verdadera moralidad. Por primera vez, la persona reconoce la posibilidad de conflicto entre dos patrones aceptados socialmente y trata de decidir entre ellos. Ahora, el control de la conducta es interno	III. A. Orientación del contrato social, los derechos individuales y de la ley aceptada de manera democrática	Establecimiento de criterios para construir una sociedad mejor en base al respeto de derechos universales: valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad; aunque reconocen que hay ocasiones en que la necesidad humana y la ley entran en conflicto, creen que lo mejor para la sociedad a largo plazo, es que ellos obedezcan la ley
	III. B. Orientación hacia el principio ético universal	Las personas hacen lo que piensan que es correcto como individuos, sin considerar las restricciones legales o la opinión de los demás; actúan de acuerdo a patrones interiorizados, sabiendo que se traicionarían a sí mismos si no lo hacen de ese modo.

Las distorsiones cognitivas tienden a relacionarse estrechamente con el juicio moral, la empatía en el desarrollo y el mantenimiento de la conducta antisocial. En su

estudio, Wallnius et al. (2011) observaron que los adolescentes mostraban más distorsiones cognitivas que los adultos. Una posible explicación para este fenómeno podría ser que los adultos tienen más desarrollado el juicio moral (Lardén et al., 2006).

En un estudio de Barriga, Sullivan-Cosetti y Gibbs (2009) se examinó si los niveles elevados de empatía podrían estar asociados con juicio moral más maduro, un mayor sentido de la identidad moral o un uso menos extenso de las distorsiones cognitivas auto-sirvientes. Los resultados revelaron que los jóvenes antisociales que exhiben déficits en empatía, tenderían a mostrar retrasos en la maduración del juicio moral. Además, se vio que los delincuentes con menos empatía tendían a realizar un uso excesivo de distorsiones cognitivas. Por otro lado, se ha visto que los adolescentes delincuentes funcionan a un estadio más bajo de juicio moral cuando son comparados con no delincuentes (Brugman y Bink, 2011). De acuerdo con Gibbs (1993, citado por Brugman y Bink, 2011), un bajo estadio de juicio moral no necesariamente conduce a conducta antisocial, a menos que dicha conducta esté acompañada por distorsiones cognitivas. Las investigaciones han mostrado que las distorsiones cognitivas auto-sirvientes median en la relación entre juicio moral y conducta antisocial.

Lardén et al. (2006) realizaron un estudio con el propósito de investigar las posibles diferencias entre delincuentes y no-delincuentes con respecto al juicio moral, las distorsiones cognitivas y la empatía. Los resultados indicaron que los delincuentes realizaban menos juicios morales y presentaban más distorsiones cognitivas que los no delincuentes, pero que los grupos no diferían con respecto a la empatía auto-informada. Además, las chicas realizaban más juicios morales maduros e informaban de menos distorsiones cognitivas y más empatía que los chicos. El estudio también reveló la existencia de una interrelación entre las tres variables, siguiendo la línea planteada por Barriga et al. (2001, citado por Lardén et al., 2006), que apoya la idea de que las distorsiones cognitivas tienen un papel moderador en la relación entre madurez moral y la conducta antisocial.

Por último, es importante destacar que el contexto familiar contribuye, a su vez, al desarrollo de la conducta agresiva y antisocial. Existen dos vías de influencia que están relacionadas. Por un lado, se encuentran los efectos de las prácticas de crianza, y por otro, el impacto global del entorno familiar en las tendencias agresivas infantiles (Shaffer,

2002). Con respecto a las prácticas de crianza, algunos estudios (Dodge et al., 1994, citado por Shaffer, 2002) han afirmado que los padres fríos y distantes que aplican una disciplina basada en el castigo físico y que permiten a su hijo que expresen, a menudo, sus impulsos agresivos, tienden a criar hijos hostiles y agresivos. A su vez, el clima emocional del hogar puede influir en el ajuste de los hijos. Patterson (citado por Shaffer, 2002) descubrió que los niños muy agresivos vivían en hogares más bien atípicos. El niño problemático que es muy agresivo vive normalmente en una situación en la cual los miembros de la familia tienen continuamente riñas: se resisten a iniciar conversaciones, y cuando hablan tienden a fastidiar, amenazar o irritar de alguna u otra manera a otros miembros de la familiar, y no conversan de una manera amigable (Shaffer, 2002, p. 317). Por otro lado, la historia familiar de uso y abuso de sustancias juega un papel modelador en la relación entre distorsiones cognitivas y conducta antisocial (Giancola et al., 1999). La revisión de la literatura indica la existencia de asociaciones entre: distorsiones cognitivas y conducta agresiva; distorsiones cognitivas y uso de sustancias; y conducta agresiva y uso de drogas.

En un estudio realizado por Giancola et al. (1999) se investigó si la historia familiar de uso de sustancias media en las relaciones expuestas anteriormente. Los resultados indicaron que la historia familiar de trastorno de uso de sustancias modera, por un lado, la relación entre distorsiones cognitivas y conducta antisocial, y, por otro, la relación entre conducta agresiva y uso de drogas.

EVALUACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

1. INTRODUCCIÓN

La investigación de las distorsiones cognitivas ha traído como consecuencia la creación y desarrollo de diferentes estrategias e instrumentos para poder llevar a cabo una adecuada evaluación y medida de las mismas, tanto en adultos como en población infanto-juvenil.

“La evaluación psicológica tiene como objetivo el análisis científico del comportamiento de un sujeto, que se realiza a través de un proceso de toma de decisiones que trata de responder a la demanda de un sujeto” (Fernández Ballesteros, 2004, p.122). Esta evaluación nos permite ahondar en áreas tanto observables como no observables del comportamiento humano: auto-verbalizaciones asociadas a diferentes problemas, distorsiones cognitivas, actitudes, respuestas emocionales, etc. (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

La naturaleza encubierta de algunas de estas variables ha influido necesariamente en la naturaleza de la evaluación, que ha pasado a incorporar conductas no observables directamente y ha propiciado el desarrollo de técnicas específicas para la evaluación de contenidos y procesos cognitivos (Díaz et al., 2012).

Dado que el objetivo de esta investigación gira en torno a la adaptación a la población española del cuestionario “*Children’s Negative Cognitive Errors Questionnaire*” (CNCEQ), hemos visto adecuado realizar una revisión y exponer de manera breve algunas de las técnicas y medidas más utilizadas para la evaluación de las distorsiones cognitivas.

1.1. Entrevista

La entrevista, entendida como un procedimiento de obtención de información mediante la conversación con una persona, es el instrumento más utilizado en la evaluación psicológica (Llavona Uribelarrea, 2008; Márquez, 2004). Por medio de la entrevista podemos obtener información sobre conductas, características de la personalidad, estrategias, incidentes críticos, competencias y habilidades, así como información sobre datos biográficos, motivaciones, ideas, pensamientos y sentimientos de la persona con quien estamos hablando (Márquez, 2004).

Entre las características a destacar de la entrevista encontramos su capacidad para aportar, por un lado, información general y, por otro, específica y concreta (frecuencia, duración, etc.) ya que su flexibilidad nos puede permitir centrarnos en aquellas ideas y pensamientos negativos relevantes que están afectando a la persona (Llavona Uribelarrea, 2008; Márquez, 2004). Sin embargo, no es infrecuente que los entrevistados tengan problemas para ofrecer descripciones específicas e información sobre ciertos aspectos (Díaz et al., 2012) por lo que la entrevista, a pesar de ser la técnica más usada en evaluación, no es el instrumento más utilizado a la hora evaluar las distorsiones cognitivas. Por ello, los procedimientos aplicados con mayor frecuencia para la evaluación de los errores de pensamiento son los autorregistros y los cuestionarios de autoinforme (Díaz et al., 2012).

1.2. Autorregistros

Los autorregistros consisten en una técnica semi-estructurada en la que se le da a la persona una hoja en la que figura específicamente la información que debe anotar y las condiciones en las que debe hacerlo (Fernández Ballesteros, 2004). La *figura 6* muestra un ejemplo de registro de pensamientos distorsionados automáticos distorsionados.

Figura 6. Registro diario de pensamientos distorsionados (Beck, 2002)

SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAM. AUTOMÁTICO	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
<p>Describa: El acontecimiento que motivó la emoción desagradable</p>	<p>Especifique triste/ansioso/enfadado, etc.</p>	<p>Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones</p>	<p>Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos</p>	<p>Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100</p>
<p>La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable</p>	<p>Evalúe a intensidad de la emoción de 1-100</p>	<p>Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100%</p>	<p>Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0-100%</p>	<p>Especifique y evalúe de 0-100 las emociones subsiguientes</p>

EXPLICACIÓN: Cuando experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción (si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelos). A continuación, anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento: 0= nada en absoluto, 100 = totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción 1 = un leve indicio, 100 = máxima intensidad posible.

1.3. Cuestionarios

El cuestionario es un autoinforme estructurado que evalúa conductas y categorías especificadas previamente y los sucesos a los que se refiere son frecuentes y habituales (Fernández-Ballesteros, 2004). Los cuestionarios contienen un formulario con preguntas o aseveraciones ante las cuales la persona debe responder según (Fernández-Ballesteros, 2004):

- Una alternativa dicotómica (si/no),
- Anotando su grado de conformidad según una escala ordinal,
- Eligiendo u ordenando los elementos según sus preferencias, o
- Según una escala de intervalos adjetivada

La *tabla 15* recoge el nombre de algunos de los principales cuestionarios cognitivos utilizados para la evaluación de las diversas áreas en las que surgen las distorsiones cognitivas.

Tabla 15. Principales cuestionarios que evalúan distorsiones cognitivas

ÁREA DE INTERVENCIÓN	CUESTIONARIO
Juego Patológico	<i>Inventario de Pensamientos sobre el Juego</i> (Echeburúa y Báez, 1991, 1994) <i>Gambling Beliefs Questionnaire</i> (GBQ-1; Steenberg, Meyers, May y Whelan, 2002)
Trastornos psicosomáticos	<i>Cognitive Errors Questionnaire</i> (CEQ; Lefebvre, 1981) <i>Pain Catastrophizing Scale</i> (PCS; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995)
Depresión	<i>Dysfunctional Attitudes Scale</i> (DAS; Weissman y Beck, 1978) <i>Cognitive Bias Questionnaire</i> (CBQ; Krantz y Hammen, 1979)
Ansiedad	<i>Irrational Beliefs Inventory</i> (IBI; Koopmans et al., 1994) <i>Listado de Comprobación de Cogniciones</i> (CCL; Beck, Brown, Eidelson y Riskind, 1987)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	<i>Bulimia Cognitive Distortions Scale</i> (BCDS; Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn, 1986) <i>Eating Disorder Belief Questionnaire</i> (EBDQ; Cooper, Cohen-Toveé, Todd, Wells y Toveé, 1997)
Abuso Sexual	<i>Escala MOLEST</i> (Bumby, 1996) <i>Escala RAPE</i> (Bumby, 1996)
Conducta Agresiva	<i>“How I Think” Questionnaire</i> (HIT; Barriga y Gibbs, 1996; Gibbs et al., 2001)

2. CUESTIONARIOS QUE EVALUAN DISTORSIONES COGNITIVAS

2.1. Trastornos Adictivos: El juego Patológico

Aunque el instrumento de elección para la identificación de las distorsiones cognitivas es la observación conductual en la situación de juego a través del método de “pensar en voz alta”, el desarrollo de instrumentos de autoinforme para evaluar estas respuestas cognitivas queda justificado por (Fernández-Alba y Labrador, 2002, p. 75):

- La conveniencia de utilizar métodos complementarios en la evaluación de la conducta,

- La posibilidad de detectar pensamientos irracionales que tengan otros momentos de aparición distintos a los que evoca una condición de juego simulado, y
- La necesidad de disponer de un instrumento que permita evaluar tales distorsiones a lo largo de todo el proceso de intervención pero sin estar subordinado a la situación de juego.

Un resumen de los instrumentos utilizados para evaluar distorsiones cognitivas en el juego patológico se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 16. *Instrumentos de evaluación en el juego patológico*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Inventario de pensamientos sobre el juego Echeburúa y Báez (1991, 1994)	25 ítems 4 escalas: sesgos cognitivos, adicción al juego, estilo atribucional y locus de control	Alta fiabilidad test-retest y alta validez interna
Inventario de Pensamientos Fernández-Alba (1994)	30 ítems 2 escalas: sesgos cognitivos y pensamientos racionales	Consistencia Interna $\alpha = .82$
Gambling Beliefs and Attitudes Survey (GBAS) Breen y Zuckerman (1999)	35 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .93$
Gambling Beliefs Questionnaire (GBQ-1) Steenberg, Meyers, May y Whelan (2002)	21 ítems 2 sub-escalas: ilusión de control y suerte o perseverancia	Fiabilidad test-retest $r = .77$ Consistencia Interna $\alpha = .93$ (escala total), $\alpha = .89$ (i. control) y $\alpha = .94$ (suerte/perseverancia)
Information Biases Scale (IBS) Jefferson y Nikki (2003)	25 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .92$ Validez de constructo $r > .30$
Gambling Belief Questionnaire (GBQ-2) Joukhador, MacCallum y Blaszczynsky (2003)	65 ítems 12 sub-escalas: ilusión de control, creencias erróneas de ganar, falacia del jugador, superstición, deterioro del control, perder por poco, sesgo de memoria, sesgo auto-sirviente, estado positivo, alivio, dinero como solución de problemas y negación	Consistencia Interna $\alpha = .97$

Tabla 16 (cont.). Instrumentos de evaluación en el juego patológico

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) Raylu y Oei (2004)	23 ítems 4 sub-escalas: ilusión de control, predicción de control, sesgo interpretativo y fallo de control	Consistencia Interna $\alpha = .93$ (escala total) y $\alpha = .88 - .91$ (sub-escalas). Buena validez concurrente y discriminante
Belief in Good Luck Scale (BGL) Darke y Freedman (1997); adaptado por Maltby, Day, Gill, Colley y Wood (2008)	12 ítems	Consistencia Interna $\alpha > .70$ Buena fiabilidad test-retest Pearson $.48 < r < .80$

2.1.1. Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991, 1994)

El Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Fernández-Alba y Labrador, 2002) está formado por cuatro escalas, dos de las cuales miden sesgos cognitivos en relación a la conducta de juego (15 ítems dicotómicos) y adicción al juego (6 ítems dicotómicos); una tercera escala evalúa, por medio de 6 ítems dicotómicos, el estilo atribucional y el locus de control en relación a la adicción al juego. Por último, este instrumento presenta un apartado en el que el jugador puede describir los pensamientos que pasen por su cabeza antes, durante y después de jugar.

La puntuación total del inventario viene dada por la suma de las puntuaciones en las dos primeras sub-escalas, mientras que las dos últimas proporcionan una información cualitativa adicional, pero no contribuyen a la puntuación total del inventario (Fernández-Alba y Labrador, 2002, p. 76). El cuestionario posee una alta fiabilidad test-retest, así como una elevada validez interna.

2.1.2. Inventario de Pensamientos (Fernández-Alba, 1996)

Este instrumento evalúa las distorsiones cognitivas de los jugadores de máquinas recreativas con premio. Está compuesto por 30 ítems, 22 de los cuales reflejan los sesgos cognitivos más característicos en esta población, mientras que los 8 ítems restantes describen pensamientos racionales acerca del juego. Los jugadores deben valorar en qué medida cada frase es cierta para ellos en una escala de cinco puntos, desde 1 (“*no lo pienso nunca*”) hasta 5 (“*lo pienso siempre*”) (Fernández-Alba y Labrador, 2002). La fiabilidad de este instrumento, calculada con el coeficiente alpha, es de .82 (si se excluye el ítem 9, cuyo índice de discriminación es negativo); y la validez de constructo se sustenta en tres factores: ilusión de control, el heurístico de representatividad y correlación ilusoria, y la predicción de resultados.

2.1.3. Gambling Beliefs and Attitudes Survey (GBAS; Breen y Zuckerman, 1999)

El GBAS está formado por 35 ítems que se evalúan en una escala Likert de 4 puntos. Este instrumento no se divide en sub-escalas, sino, más bien, está destinado “a capturar una amplia gama de sesgos cognitivos, creencias irracionales y actitudes de juego valoradas positivamente” (Goodie y Fortune, 2013, p. 9). Varios ítems representan claramente sesgos comunes, incluyendo la falacia del jugador y la ilusión de control, pero la puntuación total del GBAS se toma como un todo para representar una afinidad de juegos de azar. El cuestionario fue desarrollado únicamente para el uso con jugadores y debe ser administrado solo a individuos que entienden los conceptos y el lenguaje relacionados con el juego. En estudios preliminares, este instrumento ha demostrado tener una buena fiabilidad interna ($\alpha = .93$) (Goodie y Fortune, 2013).

2.1.4. Gambling Beliefs Questionnaire (GBQ-1; Steenberg, Meyers, May y Whelan, 2002)

El GBQ-1 es un cuestionario formado por 21 ítems al que se responde con una escala Likert de 7 puntos. Está formado por dos sub-escalas que reflejan dos categorías de creencias de juego: suerte/perseverancia (13 ítems) e ilusión de control (8 ítems) (Goodie y Fortune, 2013; Steenbergh, Meyers, May y Whelan, 2002). Los ítems que miden “ilusión de control” se centran en el conocimiento percibido y las habilidades relacionadas con el

juego, mientras que los ítems de “suerte/perseverancia” se centran en creencias y estrategias específicas que pueden ser utilizadas mientras se juega (Goodie y Fortune, 2013). Este instrumento presenta una buena fiabilidad test-retest ($r = .77$) (Steenbergh et al., 2002), así como una fuerte validez convergente con otras medidas de juego patológico (Goodie y Fortune, 2013; Steenbergh et al., 2002). Los índices de fiabilidad interna no aparecen en el desarrollo inicial, pero Mattson, MacKillop, Castelda, Anderson y Donovan, (2008; citado por Goodie y Fortune, 2013) informan de un $\alpha = .93$ para la escala completa y $\alpha = .89$ y $\alpha = .94$ para ilusión de control y suerte/perseverancia, respectivamente.

2.1.5. Information Biases Scale (IBS; Jefferson y Nicki, 2003)

Éste, es un instrumento que evalúa diferentes distorsiones (a saber, ilusión de control, falacia del jugador, correlaciones ilusorias y heurístico de disponibilidad) haciendo que los individuos determinen la aplicabilidad de cada uno de los 25 ítems, en una escala Likert de 7 puntos (Goodie y Fortune, 2013; Jefferson y Nicki, 2003). La medida tiene una buena consistencia interna ($\alpha = .92$). La validez de constructo fue apoyada por correlaciones moderadas ($r > .30$) con medidas establecidas previamente de adicción al juego y afecto negativo. Además, presenta una buena validez de contenido ya que los 25 ítems reflejan una muestra dominante de las distorsiones cognitivas frecuentemente atribuidas a los jugadores (Jefferson y Nicki, 2003).

2.1.6. Gambling Belief Questionnaire (GBQ-2; Joukhador, MacCallum y Blaszczynsky, 2003)

El GBQ-2 es un cuestionario de 65 ítems (al que se responde por medio de una escala Likert de 5 puntos), que incluye 12 sub-escalas: ilusión de control (9 ítems), creencias erróneas de ganar (4 ítems), falacia del jugador (12 ítems), superstición (8 ítems), deterioro de control (5 ítems), perder por poco (3 ítems), sesgo de memoria (3 ítems), evaluación sesgada (equivalente al sesgo auto-sirviente; 7 ítems), estado positivo (3 ítems), alivio (5 ítems), dinero como solución de problemas (4 ítems) y negación (2 ítems) (Goodie y Fortune, 2013). La escala total muestra una buena fiabilidad interna ($\alpha = .97$), aunque no hay informe de la fiabilidad de cada una de las escalas.

2.1.7. Gambling Related Cognitions Scale (GRCS; Raylu y Oei, 2004)

El GRCS es un cuestionario de 23 ítems, que evalúa en una escala Likert de 7 puntos, la medida en que las personas están de acuerdo con el valor expresado de cada afirmación (Goodie y Fortune, 2013; Raylu y Oei, 2004). Este instrumento está compuesto por 4 sub-escalas, cada una de las cuales está centrada en una cognición en particular, incluyendo la ilusión de control (4 ítems), predicción de control (equivalente a la falacia del jugador, 6 ítems), sesgo interpretativo (4 ítems) y aparente incapacidad para dejar de jugar (fallo de control, 5 ítems) (Goodie y Fortune, 2013). Este cuestionario presenta una buena fiabilidad interna total ($\alpha = .93$) y en las escalas se encuentra entre .88 y .91. Además, muestra una validez concurrente satisfactoria con las medidas de depresión y ansiedad, y la motivación al juego, así como una buena validez discriminante (Goodie y Fortune, 2013). La puntuación total del cuestionario se obtiene de la suma de los valores obtenidos por cada uno de los 23 ítems, de tal forma que, cuanto mayor sea la puntuación total, mayor será el número de distorsiones relacionadas con el juego (Raylu y Oei, 2004).

2.1.8. Belief in Good Luck Scale (BIGL; Darke y Freedman, 1997, adaptado por Maltby, Day, Gill, Colley y Wood, 2008)

Aunque el BIGL no fue creado para el uso en poblaciones jugadoras, es una medida útil de distorsiones relacionadas con la suerte en jugadores patológicos (Goodie y Fortune, 2013). Maltby, Day, Gill, Colley y Wood (2008) construyeron 22 ítems, sobre la base de los ítems originales del BIGL, que fueron diseñados para reflejar varios aspectos concernientes a la suerte: creencia general en la buena suerte, creencia general en la mala suerte, creencia en las personas con suerte y creencia general en personas con mala suerte. Del total de los ítems, finalmente se seleccionaron 12, que conforman el actual cuestionario, y a los que se responden por medio de una escala Likert de 6 puntos. Este instrumento presenta un $\alpha > .70$, y todas las sub-escalas muestran una fiabilidad test-retest satisfactoria, con unos coeficientes de correlación de Pearson que van desde .48 hasta .80 (Maltby et al., 2008).

2.2. Trastornos Psicosomáticos

Un resumen de los instrumentos utilizados para evaluar distorsiones cognitivas en los trastornos psicosomáticos se recoge en la *tabla 17*.

Tabla 17. *Instrumentos de evaluación en los trastornos psicosomáticos*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Cognitive Errors Questionnaire (CEQ) Lefebvre (1981)	48 ítems 4 escalas: catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva	Alta fiabilidad test-retest $r = .89 - .92$ Consistencia interna $\alpha = .89 - .92$
Coping Strategies Questionnaire (CSQ) Rosentiel y Feeffe (1983)	7 escalas: catastrofización, oración/esperanza, desviar la atención, reinterpretación del dolor, auto-declaraciones de afrontamiento, ignorar el dolor y aumento de actividades	Consistencia Interna $\alpha > .70$ Alta fiabilidad test-retest
Pain Catastrophizing Scale (PCS) Sullivan, Bishop y Pivick (1995)	13 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .90$ Buena fiabilidad y validez
Cognitive Error Questionnaire Revisado (CEQ-R) Moss-Morris y Petrie (1997)	12 ítems 2 sub-escalas: escala general y somático	Alta consistencia interna y buena fiabilidad test-retest
Pain Catastrophizing Scale for Children (PCS-C) Crombez, Bijttebier, Eccleston, Mascagni, Mertens, Goubert y Vertraenten (2003)	13 ítems 3 sub-escalas: rumiación, magnificación y desesperanza	Buena validez y fiabilidad

2.2.1. Cognitive Errors Questionnaire (CEQ; Lefebvre, 1981)

El CEQ consiste en 48 viñetas, cada una de las cuales describe una experiencia estresante, que van seguidas con una evaluación distorsionada que se puede hacer a la situación (Christensen et al., 1999a; Lefebvre, 1981). A cada una de las viñetas se responde por medio de una escala de 5 puntos y, para aprovechar la amplia gama de situaciones de la

vida diaria, el contenido de las viñetas se puede dividir en tres grupos: trabajo, familia/casa y ocio (Lefebvre, 1981).

El cuestionario mide 4 de las distorsiones cognitivas descritas por Beck et al., (1963): catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva (Christensen et al., 1999a; Goubert et al., 2005; Henriques y Leitenberg, 2002; Lefebvre, 1981). El CEQ se divide en dos partes (Christensen et al., 1999a; Goubert et al., 2005; Lefebvre, 1981): la primera, evalúa cogniciones disfuncionales relacionadas con experiencias de la vida diaria (General CEQ), mientras que la segunda parte mide cogniciones disfuncionales relacionadas con limitaciones o problemas relacionados con el dolor lumbar crónico. Tanto la fiabilidad como la validez han sido bien documentadas para las dos partes del cuestionario, presentando una alta fiabilidad test-retest (.80-.85), de formas alternativas (.76-.82) y consistencia interna (.89-.92) (Lefebvre, 1981).

En 1997, Moss-Morris y Petrie realizaron una revisión del cuestionario en la que redujeron el número de ítems a la mitad, eliminando aquellos que se solapaban entre sí o tenían un contenido similar. Se mantuvo la estructura del cuestionario y se siguen evaluando las mismas distorsiones cognitivas. El resultado final del cuestionario (CEQ-R) se divide en dos sub-escalas (Moss-Morris y Petrie, 2001): 12 ítems conforman la escala general (centrándose en las experiencias interpersonales) y 9, la escala somática (incluyen síntomas comunes como fatiga, dolor o debilidad muscular). Ambas sub-escalas muestran una alta consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest a los 6 meses (Moss-Morris y Petrie, 1997, 2001).

2.2.2. Coping Strategies Questionnaire (CSQ; Rosentiel Y Keefe, 1983)

Esta escala evalúa la frecuencia con la que el sujeto experimenta pensamientos catastróficos (Arnold et al., 2011). Se responde por medio de una escala Likert de 7 puntos desde 0 (“*nunca*”) hasta 6 (“*siempre*”). De las escalas que forman el cuestionario, dos reflejan catastrofización y oración/esperanza y suelen estar asociadas con unos peores resultados relacionados con el dolor. Las cinco escalas restantes, son consideradas como un reflejo de afrontamiento activo: desviar la atención, reinterpretación del dolor, auto-declaraciones de afrontamiento, ignorar el dolor y aumento de actividades. (Edwards et al., 2006). El CSQ general muestra una buena consistencia interna y una alta fiabilidad test-

retest (Arnou et al., 2011), además, todas las sub-escalas demostraron tener una adecuada consistencia interna ($\alpha > .70$, para todas ellas) (Edwards et al., 2006).

2.2.3. Pain Catastrophizing Scale (PCS; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995)

El PCS es una escala de 13 ítems desarrollada tanto para población clínica como para población no-clínica (Goubert et al., 2005; Sullivan, Adams y Ellis, 2012). El cuestionario describe diferentes pensamientos y sentimientos que se pueden experimentar cuando se siente dolor (Vervoot, Goubert, Eccleston, Vandenhende, Claeys et al., 2009), que se responden por medio de una escala de 5 puntos (0-4) (Goubert et al., 2005). Además, presenta una buena fiabilidad y validez (Sullivan et al., 2012) en población estudiantil y clínica; y presenta un coeficiente de consistencia interna elevado ($\alpha = .90$) (Goubert et al., 2005).

2.2.4. Pain catastrophizing scale for children (PCS-C; Crombez, Bijttebier, Eccleston, Mascagni, Mertens, Goubert y Verstraeten, 2003)

El PCS-C es una adaptación del cuestionario anterior. Desarrollado por Crombez, Bijttebier, Eccleston, Mascagni, Mertens et al. (2003), es un instrumento válido y fiable para evaluar el pensamiento catastrófico en niños y adolescentes. Este instrumento, formado por 13 ítems (Crombez et al., 2003), describe diferentes pensamientos y sentimientos que se pueden experimentar cuando se siente el dolor (Vervoot et al., 2009). Los ítems, al igual que el PCS, se pueden agrupar en tres escalas: rumiación, magnificación y desesperanza (Crombez et al., 2003; Vervoot et al., 2009).

Para su adaptación a población infantil, se realizaron algunos cambios con respecto al PCS original (Crombez et al., 2003). Cada ítem, era introducido por la expresión “*Cuando tengo dolor...*”, para facilitar al niño la comprensión de la afirmación; y la escala Likert de 5 puntos fue reformulada de una manera más sencilla (“*nada*”, “*levemente*”, “*moderadamente*”, “*severamente*” y “*extremadamente*”). El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 52.

2.3. Trastornos del Estado de Ánimo

Como hemos visto, los errores cognitivos juegan un papel relativamente importante en los problemas del estado de ánimo, por ello las investigaciones realizadas dentro del campo de la depresión han desarrollado un gran número de escalas para intentar evaluar las cogniciones que aparecen durante este problema (Covin, Dozois, Ogniewick y Seeds, 2011; Dobson y Breiter, 1983; Maric et al., 2011), en concreto, dichas investigaciones han ido dirigidas a evaluar la relación entre el humor depresivo y varias de las cogniciones negativas descritas por Beck (Coyne y Gotlib, 1983). Algunos de los instrumentos utilizados para evaluar distorsiones cognitivas en la depresión vienen recogidos, de manera resumida, en la siguiente tabla:

Tabla 18. *Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en depresión*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) Weissman y Beck (1978)	40 ítems 2 sub-escalas: dependencia y perfeccionismo	Consistencia interna $\alpha = .90$ Fiabilidad test-retest a las 8 semanas $r = .85$ Adecuada validez de constructo
Cognitive Bias Questionnaire (CBQ) Krantz y Hammen (1979)	23 ítems	Consistencia interna $\alpha = .62$ Fiabilidad test-retest $r = .48$ (4 semanas) $r = .60$ (6 semanas)
Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) Hollon y Kendall (1980)	30 ítems	Consistencia interna $\alpha = .96$ Fiabilidad dos mitades $r = .97$
Barnes-Vulcano Rationality Test (BVRT) Barnes y Vulcano (1982)	44 ítems	Consistencia interna $\alpha = .87$
Cognitive Response Test (CRT) Watkins y Rush (1983)	50 ítems 36 ítems (versión reducida)	Buena fiabilidad, validez concurrente, discriminante y de contenido

Tabla 18. *Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en depresión*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Cognitive Bias Questionnaire for Childrens (CBQC) Haley et al. (1985)	10 viñetas 4 tipos de respuesta: depresión/distorsión, depresión/no distorsión, no depresión/distorsión, no depresión/no distorsión	Consistencia interna α oscila entre .87 y .77 para cada uno de los tipos de respuesta
Negative and Positive Cognitive Error Questionnaire (NPCEQ) McKenna (1987)	32 ítems 2 escalas: positiva (magnificación, sobregeneralización, abstracción selectiva, y personalización) y negativa (catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva)	
Adolescent Cognitive Style Questionnaire (ACSQ) Hanking y Abramson (2002)	12 escenas	Consistencia interna y fiabilidad test-retest altas

2.3.1. Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weissman y Beck, 1978)

Este cuestionario, basado en la teoría de Beck (Deal y Williams, 1988; Marton et al., 1993; Whisman, Miller, Norman y Keitner, 1991), evalúa actitudes, creencias y asunciones disfuncionales (Dobson y Breiter, 1983; Deal y Williams, 1988; Phillips et al., 1997). Originalmente, la escala estaba formada por 30 ítems (Dobson y Breiter, 1983), aunque una revisión posterior aumentó el número de ítems a 40 (Dobson y Breiter, 1983; Whisman et al., 1991; Ginsburg et al., 2009; Covin et al., 2011). Este cuestionario está formado por dos sub-escalas: dependencia (aprobación de los otros) y perfeccionismo (evaluación del desempeño) (Covin et al., 2011). Los ítems miden seis sistemas de valores (aprobación, amor, logro, perfeccionismo, derecho, omnipotencia y autonomía) (Poulakis y Wertheim, 1993) a los que se responde por medio de una escala Likert de 7 puntos, desde 1 (“*totalmente en desacuerdo*”) hasta 7 (“*totalmente de acuerdo*”) (Ginsburg et al., 2009; Marton et al., 1993; Newman, Kepley, Ginsburg y Walkup, 2009; Poulakis y Wertheim, 1993; Whisman et al., 1991), por lo que la puntuación total abarca un rango desde 40 a 280 (Dobson y Breiter, 1983; Poulakis y Wertheim, 1993).

El DAS presenta una alta consistencia interna ($\alpha = .90$) y una satisfactoria fiabilidad test-retest a las 8 semanas ($r = .84$), además de una adecuada validez de constructo (Dobson y Breiter, 1983; Ginsburg et al., 2009; Marton et al., 1993; Newman et al., 2009; Poulakis y Wertheim, 1993; Whisman et al., 1991).

2.3.2. Cognitive Bias Questionnaire (CBQ; Krantz y Hammen, 1979)

El CBQ, desarrollado por Krantz y Hammen (1979), es un cuestionario que evalúa las interpretaciones que los individuos tienen a cerca de una serie de eventos. El cuestionario, formado por 23 ítems, presenta 6 historias breves que describen situaciones problemáticas que suelen ser comunes en el colegio (Johnson et al., 1992; Krantz y Hammen, 1979). Tras cada una de las historias, aparecen 4 preguntas de respuesta múltiple que se relacionan con las características del personaje principal, sus pensamientos y sus expectativas, de forma y manera que los individuos deben responder de la forma en que ellos pensarían si estuvieran en esa situación (Henriques y Leitenberg, 2002; Johnson et al., 1992; Krantz y Hammen, 1979). El cuestionario muestra un coeficiente de consistencia interna moderado ($\alpha = .62$) y una fiabilidad test-retest de .48 y .60 a las cuatro y seis semanas, respectivamente (Krantz y Hammen, 1979; Whisman et al., 1991).

2.3.3. Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon y Kendal, 1980)

Este cuestionario de 30 ítems, evalúa con qué frecuencia, durante la semana previa, los pacientes experimentaron pensamientos automáticos negativos (Covin et al., 2011; Dobson y Breiter, 1983; Whisman et al., 1991). Para cada ítem, el paciente responde por medio de una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (“*nunca*”) hasta 5 (“*todo el tiempo*”) (Covin et al., 2011), por lo que el rango de puntuaciones oscila entre 30 y 150 (Dobson y Breiter, 1983). Este instrumento presenta unas excelentes propiedades psicométricas (Covin et al., 2011; Dobson y Breiter, 1983): los coeficientes de fiabilidad de dos mitades presentan un valor de .97 y el coeficiente α de Cronbach, un valor de .96 (Whisman et al., 1991). Además, el ATQ exhibe una fuerte correlación con la severidad de los síntomas, diferenciando entre grupos de pacientes deprimidos y no deprimidos (Covin et al., 2011; Whisman et al., 1991).

2.3.4. Barnes-Vulcano Rationality Test (BVRT; Barnes y Vulcano, 1982)

Este cuestionario fue desarrollado por Barnes y Vulcano como medida para evaluar las creencias irracionales y ha sido extensamente utilizado en diversas técnicas de terapia cognitiva focalizadas en el cambio de las creencias irracionales del paciente para aliviar la depresión y otros problemas psicológicos (Deal y Williams, 1988). El BVRT está formado por 44 ítems, a los que se responde por medio de una escala Likert de 5 puntos, desde “*muy de acuerdo*” hasta “*nada de acuerdo*” (Deal y Williams, 1988). La fiabilidad de este cuestionario ha sido estimada en .87 para una muestra en adultos (Barnes y Vulcano, 1982; citado por Deal y Williams, 1988).

2.3.5. Cognitive Response Test (Watkins y Rush, 1983)

Este cuestionario, desarrollado para evaluar las distorsiones cognitivas en pacientes deprimidos y los cambios que ocurren durante la terapia cognitiva, está formado por 50 viñetas a las que se debe responder de manera abierta explicando qué piensa al ver la imagen. Las viñetas del cuestionario reflejan cuatro áreas: trabajo, familia, pareja y amistad; y las respuestas pueden representar alguna de las siguientes creencias irracionales: absolutismo, atribución a la suerte, exageración o exigencia (Watkins y Rush, 1983). Es un cuestionario fiable, con buena validez concurrente y discriminante y los ítems presentan una óptima validez de contenido. Además, el cuestionario puede ser reducido a 3 viñetas sin que pierda su poder discriminativo (Watkins y Rush, 1983).

2.3.6. Cognitive Bias Questionnaire for Children (CBQC; Haley et al., 1985)

El CBQC fue desarrollado para evaluar las distorsiones en niños y consiste en 10 viñetas breves que describen situaciones familiares para los niños en 3 ámbitos diferentes: escolar, familiar y social. Cada viñeta va seguida de 4 opciones de respuesta que ejemplifican una de las siguientes categorías: depresión-distorsión, depresión-no distorsión, no depresión-distorsión, no depresión-no distorsión. Los coeficientes de consistencia interna oscilan entre .77 y .87 para cada uno de los tipos de respuesta (Haley et al., 1985).

2.3.7. Negative and Positive Cognitive Error Questionnaire (NPCEQ; McKenna, 1987)

Este cuestionario es una medida de 32 ítems que evalúa la tendencia de los jóvenes a interpretar situaciones de manera completamente negativa o positiva (Henriques y Leitenberg, 2002). El NPCEQ es una extensión del CNCEQ de Leitenberg. Cada ítem consiste en una viñeta que describe un evento, y va seguida de un pensamiento sobre el mismo. Los participantes tienen que indicar el grado en el que el pensamiento es similar a un pensamiento que tendrían ellos en esa misma situación, por medio de una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (*“no es en absoluto como yo pensaría”*) hasta 4 (*“es exactamente como yo pensaría”*). Los errores cognitivos negativos son evaluados por medio de 16 ítems que describen alguna ocurrencia negativa y va seguida por interpretaciones completamente negativas, mientras que los errores cognitivos positivos son evaluados por los 16 ítems, los cuales describen una ocurrencia positiva que va seguida por interpretaciones completamente positivas (Henriques y Leitenberg, 2002). Al igual que en el CNCEQ, los cuatro tipos de errores evaluados son catastrofización (o magnificación en el polo positivo), abstracción selectiva (positiva y negativa), sobregeneralización (positiva y negativa) y personalización (positiva y negativa).

2.3.8. Adolescent Cognitive Style Questionnaire (ACSQ; Hnaking y Abramson, 2002)

Este cuestionario, basado en la teoría de la desesperanza, evalúa vulnerabilidad cognitiva incluyendo inferencias negativas hacia las causas de los eventos negativos, sus consecuencias y sus implicaciones en uno mismo (Calvete, Villardón y Estevez, 2008). El ACSQ presenta 12 escenarios negativos hipotéticos (6 de naturaleza interpersonal y 6 relacionados con el logro o el rendimiento) que son relevantes en la adolescencia. Los adolescentes deben imaginar cada escenario y escribir una posible causa del problema. Además, tienen que indicar en qué medida la causa de los acontecimientos es estable y global (atribución causal) y la medida en que creen que lo que sucedió muestra que ellos fueron los que fallaron (auto-atribuciones) (Calvete et al., 2008). La versión española presenta una alta consistencia interna y fiabilidad test-retest.

2.4. Trastornos de Ansiedad

En las últimas décadas, ha habido un aumento del interés en el papel de las cogniciones irracionales en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de ansiedad. Las cogniciones irracionales pueden ser concebidas, como hemos ido viendo, como procesos de razonamiento verbal no realista por los que los eventos externos son interpretados y pensados como mediadores del malestar emocional (Koopmans, Sanderman, Timmerman y Emmelkamp, 1994). Desde las formulaciones de Beck (1963) y Ellis (1975), sobre distorsiones cognitivas y creencias irracionales, respectivamente, se han desarrollado una variedad de instrumentos para medir este tipo de creencias (Maric et al., 2011). Una muestra de algunos de los instrumentos utilizados para este fin puede verse en la *tabla 19*.

Tabla 19. *Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en la ansiedad*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Irrational Beliefs Test (IBT) Jones (1968)	100 ítems 10 sub-escalas: demandas de aprobación, alta auto-expectativas, propensión a la culpa, frustración reactiva, irresponsabilidad emocional, preocupación ansiosa excesiva, dependencia, problemas de evitación, ayuda para el cambio y perfeccionismo	
Rational Beliefs Inventory (RBI) Shorkey y Whiteman (1977)	37 ítems 11 escalas: catastrofización, envidia, perfeccionismo, aprobación, cuidado y ayuda, culpa y castigo, evitación e inercia, independencia, derribo, desgracia proyectada y control de las emociones	Medidas robustas de fiabilidad test-retest y validez convergente y discriminante
Anxious Thought and Tendencies (AT&T) Ganellan et al. (1986)	15 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .90$ Fiabilidad test-retest a las 2 semanas $r = .87$
Listado de Comprobación de Cogniciones (CCL) Beck, Brown, Eidelson y Riskind (1987)	26 ítems 2 escalas: CCL-A y CCL-D	Consistencia Interna $\alpha = .90$ (CCL-A) $\alpha = .92$ (CCL-D) Fiabilidad test-retest $r = .79$ (CCL-A) $r = .76$ (CCL-D)

Tabla 19 (cont.). Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en la ansiedad

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Irrational Beliefs Inventory (IBI) Koopmans et al. (1994)	50 ítems 5 factores: problemas de evitación, necesidad de aprobación, preocupación rigidez e irresponsabilidad emocional	Consistencia Interna: $\alpha = .87$ (escala total), $\alpha = .86$ (prob. evitación), $\alpha = .85$ (rigidez), $\alpha = .84$ (preocupación), $\alpha = .78$ (nec. aprobación) y $\alpha = .64$ (i. emocional)
Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)	33 ítems 3 escalas: self, mundo y culpa	Consistencia Interna $\alpha = .97$ (total), $\alpha = .97$ (self), $\alpha = .88$ (mundo) y $\alpha = .86$ (culpa). Fiabilidad test-retest $r > .74$ (1 semana) y $r > .80$ (3 semanas)
Interpersonal Cognitive Distortion Scale (ICDS) Hamman y Büyüköztürk (2004)	19 ítems 3 escalas: rechazo interpersonal, expectativa irreal de la relación y percepción errónea interpersonal	Consistencia Interna $\alpha = .73$ (rech. interpersonal), $\alpha = .66$ (expectativa irreal de la relación) y $\alpha = .43$ (percepción errónea interpersonal) Fiabilidad test-retest $r = .74$ (2 semanas)
Maladaptive Interpersonal Belief Scale (MIBS) Boden et al. (2012)	11 ítems	Consistencia Interna $\alpha > .85$ Fiabilidad test-retest $r = .85$ (5 meses)

2.4.1. Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1968)

Este cuestionario ha sido desarrollado para evaluar las creencias irracionales basándose en las 10 creencias irracionales básicas formuladas por Ellis en 1962. Cada una de las 10 sub-escalas contiene 10 ítems: demandas de aprobación, alta auto-expectativas, propensión a la culpa, frustración reactiva, irresponsabilidad emocional, preocupación ansiosa excesiva, dependencia, problemas de evitación, ayuda para el cambio y

perfeccionismo (Koopmans et al., 1994). Las puntuaciones más altas reflejan mayor pensamiento irracional, mientras que las más bajas reflejan racionalidad.

2.4.2. Rational Beliefs Inventory (RBI; Shorkey y Whiteman, 1977)

El cuestionario consiste en 37 ítems divididos en 11 sub-escalas cada una de las cuales evalúa una de las 11 creencias irracionales individuales desarrolladas por Ellis (catastrofización, envidia, perfeccionismo, aprobación, cuidado y ayuda, culpa y castigo, evitación e inercia, independencia, derribo, desgracia proyectada y control de las emociones), además de proporcionar una indicación de todos los niveles de pensamiento disfuncional (Himle et al., 1989; Koopmans et al., 1994; Phillips et al., 1997; Thyer et al., 1983).

La persona debe responder por medio de una escala Likert de 5 puntos en la que se indica en grado de acuerdo o de desacuerdo que se tiene con respecto a los ítems (Thyer et al., 1983). Las puntuaciones más bajas reflejan la presencia de creencias irracionales y viceversa, las puntuaciones más altas en el cuestionario reflejan racionalidad (Himle et al., 1989; Koopmans et al., 1994; Thyer et al., 1983). Con respecto a los datos psicométricos, se sabe que este cuestionario presenta unas medidas robustas, incluyendo la validez discriminante, convergente, así como la fiabilidad test-retest (Himley et al., 1989; Thyer et al., 1983).

2.4.3. Anxious Thought and Tendencies (AT&T; Ganellan et al., 1986)

Este cuestionario tiene como objetivo identificar los estilos cognitivos basados en la teoría cognitiva de Beck (1963, 1964), incluyendo la catastrofización, la abstracción selectiva y los pensamientos intrusivos (Khawaja y Dyer, 2004). La escala original estaba formada por 22 ítems que se respondían por medio de una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (*“fuertemente en desacuerdo”*) hasta 5 (*“fuertemente de acuerdo”*). Sin embargo, el cuestionario se redujo a 15 ítems y el tipo de respuesta pasó a ser tipo Likert de 4 puntos (*“raramente”*, *“a veces”*, *“con frecuencia”* y *“la mayor parte del tiempo”*) (Khawaja y Dyer, 2004; Uhlenhuth, McCarthy, Paine y Werner, 1999). La escala revisada tiene un único factor (Khawaja y Dyer, 2004), y el cuestionario presenta un $\alpha = .90$ (Khawaja y Dyer, 2004; Uhlenhuth et al., 1999) indicando así la presencia de una alta consistencia

interna. Además, presenta una alta fiabilidad test-retest a las dos semanas ($r = .87$) (Khawaja y Dyer, 2004).

2.4.4. Listado de Comprobación de Cogniciones (CCL; Beck, Brown, Eidelson y Riskind, 1987)

La CCL, diseñada para medir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos, está formada por 26 ítems divididos en dos sub-escalas: ansiedad (CCL-A, 12 ítems) y depresión (CCL-D, 14 ítems), a los que se responde por medio de una escala Likert de 5 puntos (donde 0 es “*nunca*” y 4 es “*siempre*”), dentro del marco de una situación específica de entre cuatro posibles (social, amistad, trabajo, experimentación de dolor o malestar físico) (Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987; Clark y Beck, 2012; Jolly y Dickman, 1994).

Mientras que el contenido de la CCL-A se configura alrededor de temas de incertidumbre y orientación hacia el futuro y la mayoría de los ítems se centran en el pensamiento ansioso sobre preocupaciones físicas o relacionadas con la salud (Clark y Beck, 2012), los temas relacionados con la desesperanza y la pérdida se recogen dentro de la CCL-D (Beck et al., 1987). Beck et al. (1987) informaron de un coeficiente $\alpha = .90$ para CCL-A y $\alpha = .92$ para CCL-D, además de una alta fiabilidad test-retest a las 6 semanas tanto para ansiedad ($r = .79$) como para depresión ($r = .76$).

2.4.5. Irrational Beliefs Inventory (IBI; Koopmans et al., 1994)

El IBI es una medida que evalúa creencias irracionales derivada del RBI (Shorkey y Whiteman, 1977) y del IBT (Jones, 1968). La primera versión del cuestionario estaba formada por 63 ítems (IBI-63) y compuesta de cinco factores: problemas de evitación, rigidez, preocupación, necesidad de aprobación e irresponsabilidad emocional. Sin embargo, en un segundo estudio el número de ítems se redujo a 50 (IBI-50), manteniéndose el mismo número de factores (Koopmans et al., 1994):

- Problemas de evitación (15 ítems; $\alpha = .86$). Este factor refleja las cogniciones irracionales concernientes a la toma de decisiones.
- Rigidez (17 ítems; $\alpha = .85$). Se refiere a los pensamientos rígidos y las normas que tienen las personas para sí mismas y para los demás.

- Preocupación (11 ítems; $\alpha = .84$). Este factor refleja la preocupación hacia posibles problemas y posibles accidentes futuros.
- Necesidad de agrupación (8 ítems; $\alpha = .78$). Agrupa los pensamientos a cerca de necesitar la aprobación de los otros y refleja el miedo por no llegar ha ser aceptado y respetado por los otros y el miedo a fallar delante de los demás.
- Irresponsabilidad emocional (7 ítems; $\alpha = .64$). Se refiere a atribuir emociones a causas externas en vez de a uno mismo.

2.4.6. Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999)

El Posttraumatic Cognitions Inventory fue diseñado para evaluar los pensamientos y creencias relacionados con el trauma (Beck et al., 2004; Elsesser, Freyth, Lohrmann y Sartory, 2009). Este inventario, de 33 ítems, está compuesto por tres factores que representan las cogniciones negativas a cerca del self (21 ítems que evalúan la sensación de cambio negativo en uno mismo, de alineación, de desesperanza, desconfianza e interpretación negativa de los síntomas), el mundo (7 ítems que evalúan la desconfianza hacia otras personas y la sensación de que el mundo es un lugar peligroso) y la auto-culpa (5 ítems que evalúan la culpa que tiene uno mismo del incidente traumático), y se responde por medio de una escala Likert de 7 puntos, desde 1 (“*totalmente en desacuerdo*”) hasta 7 (“*totalmente de acuerdo*”) (Beck et al., 2004; Cieslak et al., 2008; Elsesser et al., 2009).

El cuestionario presenta una excelente consistencia interna tanto para cada factor ($\alpha = .97$ para self, $\alpha = .88$ para el mundo y $\alpha = .86$ para culpa) como para la puntuación total ($\alpha = .97$). La fiabilidad test-retest fue alta en todas las sub-escalas tanto a la semana ($r > .74$), como a las tres semanas ($r = .80$) (Beck et al., 2004; Elsesser et al., 2009; Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999).

2.4.7. Interpersonal Cognitive Distorion Scale (ICDS; Hammanci y Büyüköztürk, 2004)

Esta escala, a la que se responde por medio de una escala Likert desde 1 (“*total desacuerdo*”) hasta 5 (“*total acuerdo*”), está formado por 19 ítems y fue desarrollada para medir tres dimensiones de las cogniciones irracionales (Koydemir y Demir, 2008):

- Rechazo interpersonal (8 ítems): refleja la creencia de que estar muy cerca de los demás en una relación dará lugar a consecuencias negativas
- Expectativa irreal de la relación (8 ítems): refleja las altas expectativas del individuo sobre su propia conducta y sobre la de los demás.
- Percepción errónea interpersonal (3 ítems): refleja la posibilidad de que un individuo intente entender las relaciones interpersonales, sentimientos y pensamientos a través de la lectura de la mente y percepción errónea interpersonal.

Las altas puntuaciones hacen referencia a un alto nivel de creencias irracionales interpersonales. El coeficiente de consistencia interna es $\alpha = .73$ para la primera sub-escala, $\alpha = .66$ para la segunda y $\alpha = .43$ para la tercera. La fiabilidad test-retest a los 15 días fue alta ($r = .74$). Además, este cuestionario correlaciona positivamente con pensamientos relacionados con la depresión, creencias irracionales y tendencia al conflicto (Koydemir y Demir, 2008).

2.4.8. Maladaptive Interpersonal Belief Scale (MIBS; Boden et al., 2012)

El cuestionario, formado por 11 ítems a los que se responde por medio de una escala Likert de 5 puntos, evalúa las creencias interpersonales relevantes para la fobia social (Boden et al., 2012). La fiabilidad oscila entre .77 y .85 dependiendo de la muestra utilizada, si adultos o estudiantes, respectivamente. En concreto, para una muestra de pacientes diagnosticados de fobia social, se ha encontrado que la validez interna es mayor a .85, mientras que la fiabilidad test-retest a los 5 meses fue $r = .85$ (Doden et al., 2012).

2.5. Trastornos de la Conducta alimentaria

Una estrategia para el desarrollo de medidas que evalúan las cogniciones relacionadas con los trastornos alimentarios ha sido modificar las medidas ya existentes de las distorsiones cognitivas generales. Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las creencias y las cogniciones en las personas con trastornos de la alimentación (Bonifazi, Crowther y Mizes, 2000). Un resumen de los instrumentos utilizados para evaluar distorsiones cognitivas en los trastornos de conducta alimentaria se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 20. *Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en los TCA*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Bulimia Cognitive Distortions Scale (BCDS) Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn (1988)	25 ítems	Buena fiabilidad y validez Consistencia Interna $\alpha = .97$
Bulimia Thoughts Questionnaire (BTQ) Franko, Zuroff y Rosenthal (1986); Phelan (1987)	20 ítems 3 escalas: auto-esquema, auto-eficacia y creencias relevantes	
Food and Weight Distortions Survey (FWCDS) Thompson, Bery y Shatford (1987)	40 ítems 8 sub-escalas: perfeccionismo, derrotismo, pensamiento dicotómico, lamentación, preocupación, exageración, pensamiento supersticioso, personalización	Consistencia Interna $\alpha = .70$
Body Shape Questionnaire (BSQ) Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)	34 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .93$ Buena validez concurrente
Modified Distressing Thoughts (MDTQ) Clark et al. (1989)	18 ítems 3 sub-escalas: ansiedad, depresión y cogniciones relativas al peso	Buena fiabilidad y validez
Mizes Anorectic Questionnaire (MAC) Mizes y Klosges (1989)	3 sub-escalas: percepción del peso y comida como base para la aprobación de los demás, creencia de que el autocontrol rígido es fundamental para la autoestima y rigidez de los esfuerzos para la regulación de la comida y el peso	Buena fiabilidad y validez
Eating Disorder Belief Questionnaire (EBDQ) Cooper, Cohen-Toveé, Todd, Wells y Toveé (1997)	33 ítems 4 sub-escalas: creencias negativas, peso y forma como aceptación de los otros, auto-aceptación y control sobre la comida	Consistencia Interna $\alpha > .85$ Buena validez convergente y relativa al criterio

2.5.1. Bulimia Cognitive Distortions Scale (BCDS; Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn, 1986)

Este cuestionario está compuesto por 25 ítems que evalúan dos aspectos centrales de las distorsiones cognitivas (Mizes y Christiano, 1995; Schulman, Kinder, Powers, Prange y Gleghorn, 1986): por un lado, los asociados con las conductas de comer y purgar y, por otro, aquellos relacionados con la apariencia física. En el BCDS hay que responder siguiendo una escala Likert de 5 puntos que abarca desde 1 (“*completamente en desacuerdo*”) hasta 5 (“*completamente de acuerdo*”). Este cuestionario posee una adecuada fiabilidad y validez (Mizes y Christiano, 1995). La consistencia interna es excelente: la mayoría de los ítems presentan una correlación cerca de .75 y nunca menor de .60. Su coeficiente $\alpha = .97$ (Schulman et al., 1986). Las puntuaciones diferencian a los individuos bulímicos de los estudiantes del grupo control y predicen la severidad de la bulimia. Además, las puntuaciones del cuestionario correlacionan con medidas de pensamientos irracionales, depresión y experiencias sensoriales inusuales (Schulman et al., 1986), así con de las mediciones en vivo de las cogniciones (Mizes y Christiano, 1995).

2.5.2. Bulimia Thoughts Questionnaire (BTQ; Franko, Zuroff y Rosenthal, 1986; Phelan, 1987)

El BTQ evalúa las cogniciones asociadas a la bulimia. Franko et al. (1986; citado por Mizes y Christiano, 1995) desarrollaron su versión del BTQ para identificar la frecuencia con la que los individuos con bulimia nerviosa utilizaban pensamientos automáticos irracionales. Esta medida está formada por 20 ítems de escala tipo Likert. Estos autores, informaron que su medida poseía una adecuada fiabilidad y una adecuada validez. El BTQ desarrollado por Phelan (1987) está compuesto por 20 ítems tipo Likert que reflejan temas relacionados con el peso y la alimentación, y representa tres dominios socio-cognitivos:

- Auto-esquema: estructuras cognitivas que procesan información que es relevante para uno mismo, principalmente información relacionada con el peso;
- Auto-eficacia: hace referencia a la percepción que tienen uno de su control sobre la comida; y
- Creencias relevantes: pensamientos irracionales con respecto a las consecuencias de perder el control sobre lo que come.

El BTQ diferencia de manera satisfactoria a las personas bulímicas de los sujetos control en todos estos dominios. Además, las puntuaciones en la sub-escala de creencias relevantes discriminan a los individuos bulímicos de los obesos, sugiriendo que las preocupaciones irracionales relacionadas con la comida caracterizan a los bulímicos.

2.5.3. Food and Weight Distortions Survey (FWCDS; Thompson, Berg y Shatford, 1987)

Este cuestionario, compuesto por 40 ítems tipo Likert, evalúa las distorsiones cognitivas específicas relacionadas con el peso y la comida (Mizes y Christiano, 1995; Thompson et al., 1987). Está organizado en 8 sub-escalas que evalúan los procesos de pensamiento irracional (Thompson et al., 1987):

- Perfeccionismo: excesivas expectativas personales de excelencia en cuanto al control de la dieta y el peso.
- Derrotismo: creencia de lo que uno no tiene (y no puede obtener) la habilidad para controlar sus pensamientos y conductas a cerca de la comida y el peso.
- Pensamiento dicotómico: tendencia a categorizar los temas de la comida y el peso como temas del todo o nada o en blanco y negro.
- Lamentación: tendencia a fijarse en el pasado con respecto a la dieta y el control del peso.
- Preocupación: tendencia a anticipar problemas futuros en las áreas de la dieta y el control del peso.
- Exageración: tendencia a magnificar y catastrofizar lo ocurrido con respecto a la dieta y el control del peso.
- Pensamiento supersticioso: tendencia a relacionar dos eventos no relacionados, uno de los cuales están relacionado con la comida y el peso.
- Personalización: tendencia a creer que la atención de otros está enfocada en los temas relacionados con la comida y el control de peso personales.

El FWCDS presenta una buena validez interna ($\alpha = .73$) (Thompson et al., 1987). La puntuación total del cuestionario y de la mayoría de las puntuaciones de las sub-escalas discrimina entre el grupo de pacientes bulímicas, el grupo sub-clínico y el grupo control.

2.5.4. Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)

El BSQ es un cuestionario auto-aplicado que consta de 34 ítems (Espina et al., 2001; Vellisca et al., 2012), que se responden por medio de una escala tipo Likert de 6 puntos, desde “*nunca*” hasta “*siempre*”. Este cuestionario mide la ansiedad ante el propio cuerpo, es decir, evalúa el miedo a engordar, los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la insatisfacción corporal (Espina et al., 2001; Vellisca et al., 2012). Según Cooper y Taylor (1988, citado en Espina et al., 2001), se pueden clasificar las puntuaciones en cuatro categorías: no preocupada por la imagen corporal (puntuaciones < 81), leve preocupación (puntuaciones entre 81-110), moderada (puntuaciones entre 111-140), y extrema (puntuaciones > 140). Este cuestionario presenta una alta fiabilidad ($\alpha = .93$) y una buena validez concurrente tanto en la muestra de mujeres (.81) como en la de hombres (.91) (Vellisca et al., 2012).

2.5.5. Modified Distressing Thoughts (MDTQ; Clark et al., 1989)

Este cuestionario consta de 18 ítems de pensamientos, agrupados en tres dominios (ansiedad, depresión y cogniciones relativas al peso) (Mizes y Christiano, 1995). El encuestado debe valorar cada uno de los ítems en una escala Likert para proporcionar medidas de varias dimensiones (Mizes y Christiano, 1995):

- Frecuencia con que se experimentan los pensamientos;
- Grado en el que el pensamiento se relaciona con sentimientos de tristeza, culpa o arrepentimiento;
- Intrusión de los pensamientos; y
- Percepción de que el pensamiento es personalmente relevante.

Las investigaciones iniciales con este cuestionario sugieren unos niveles adecuados de fiabilidad y validez (Clark et al., 1989, citado por Mizes y Christiano, 1995). Las pacientes anoréxicas y bulímicas puntúan significativamente más alto que los sujetos control en cada una de las dimensiones, sugiriendo que la frecuencia de los antecedentes emocionales, la intrusividad y la relevancia personal contribuyen a los pensamientos negativos de las personas con trastornos de alimentación. Además, las puntuaciones del

MDTQ están relacionadas con la severidad de la depresión y la severidad de la sintomatología de los trastornos alimentarios (Mizes y Christiano, 1995).

2.5.6. Mizes Anorectic Questionnaire (MAC; Mizes y Klesges, 1989)

El MAC evalúa las variables cognitivas relacionadas con la anorexia y la bulimia nerviosas, tal y como fueron conceptualizadas por Garner y Bemis (1982). Este cuestionario se dirige a tres dominios cognitivos (Mizes y Christiano, 1995):

- Percepción del peso y la comida como la base en la aprobación de los demás;
- Creencia de que un autocontrol rígido es fundamental para la autoestima; y
- Rigidez de los esfuerzos en la regulación de la comida y el peso.

Ejemplos de estos son las creencias de uno mismo de que, incluso, los pequeños cambios en el peso inevitablemente le llevarán a ser gordo o seguirá comiendo sin ningún tipo de regulación dando lugar a una ingesta incontrolada que le llevará a ser gordo. El análisis de factores apoya la existencia de tres factores correspondientes a estos tres dominios. La versión actual del cuestionario está formada por 33 ítems que se responden por medio de una escala tipo Lickert.

Las propiedades psicométricas del MAC han sido estudiadas a fondo. Tanto la escala total como las sub-escalas tienen buena consistencia interna y posee una adecuada validez test-retest. Las correlaciones del MAC con la severidad de los síntomas de los trastornos alimentarios incluyen la frecuencia de las conductas purgativas y la información del peso ideal para uno mismo. El cuestionario correlaciona con la tendencia a emplear pensamiento irracional. Las puntuaciones diferencian entre hombres y mujeres, individuos bulímicos de los que no tienen desordenes alimentarios, bulímicos de los comedores restrictivos y bulímicos y anoréxicos de los sujetos controles sin trastornos alimentarios. Además, el cuestionario es sensible a la disminución de la sintomatología, resultado de la psicoterapia cognitivo conductual, así como a las diferencias en la patología relacionada con la comida (Mizes y Christiano, 1995).

2.5.7. Eating Disorder Belief Questionnaire (EBDQ; Cooper, Cohen-Toveé, Todd, Wells y Toveé, 1997)

Este cuestionario fue específicamente diseñado para evaluar los diferentes tipos de creencias asociadas a los trastornos alimentarios (Cooper, Cohen-Toveé, Todd, Wells y Toveé, 1997). El cuestionario está formado por 33 ítems divididos en cuatro factores (Cooper et al., 1997): creencias negativas (factor 1, 10 ítems), aceptación de los otros (factor 2, 10 ítems), auto-aceptación (factor 3, 7 ítems) y control sobre la comida (factor 4, 6 ítems). El EBDQ posee unas propiedades psicométricas prometedoras con una buena consistencia interna ($\alpha > .85$), y validez convergente y relativa al criterio (Cooper et al., 1997). Los cuatro factores están significativamente correlacionados con medidas psicopatológicas tanto generales como específicas.

Investigaciones iniciales revelaron que las creencias negativas estaban asociadas con malestar emocional general y síntomas depresivos, mientras que las asunciones subyacentes predecían la presencia de síntomas de desórdenes alimentarios (Cooper et al., 1997). Las investigaciones siguientes han confirmado que las creencias negativas son características tanto de la bulimia como de la depresión pero que las asunciones a cerca del peso y la figura y el control sobre la comida son específicas de los desórdenes alimentarios. Es importante notar aquí que el EBDQ tiene una única escala para medir las creencias negativas y asume que estas creencias son sobre uno mismo. Sin embargo, no refleja un rango amplio de cogniciones a cerca de los otros o el mundo.

2.6. Delitos Sexuales

Posiblemente, uno de los avances más destacados dentro del estudio de los delitos sexuales, ha sido la investigación y desarrollo de diferentes escalas de evaluación de distorsiones cognitivas (Burn y Brown, 2006), que nos han permitido, a lo largo de los años poder discriminar, en base a sus cogniciones, a los delincuentes sexuales infantiles de los no delincuentes (Navathe et al., 2008). Un resumen de los instrumentos utilizados para evaluar las distorsiones cognitivas en los delitos sexuales se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 21. *Instrumentos de evaluación de distorsiones cognitivas en delitos sexuales*

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	DATOS PSICOMÉTRICOS
Escala de Cogniciones de Abel y Becker (ABCS) Abel, Gore, Camp, Becker y Rather (1989)	29 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .70$ Fiabilidad test-retest $r = .76$
Escala MOLEST Bumby (1996)	38 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .96$ Fiabilidad test-retest $r > .80$
Escala RAPE Bumby (1996)	38 ítems	Consistencia Interna $\alpha = .96$ Fiabilidad test-retest $r > .80$
CM Scale (CMS) McGrath, Cann y Konopasky (1998)	22 ítems	Consistencia interna moderada y buena validez discriminante

2.6.1. Escala de Cogniciones de Abel y Becker (ABCS; Abel, Gore, Holland, Camp, Becker y Rather, 1989)

La ABCS, compuesta por 29 ítems (Blumenthal et al., 1999; Tierney y McCabe, 2001), fue la primera escala que se desarrolló para medir las distorsiones cognitivas de delincuentes sexuales de niños (Navathe et al., 2008). Esta escala tiene unas propiedades psicométricas adecuadas ($r = .76$ y $\alpha .70$) (Gannon y Polaschek, 2006). Además, el ABCS permite diferenciar de manera significativa a los delincuentes sexuales de los no delincuentes; sin embargo, no los diferencia de otro tipo de delincuentes (Gannon et al., 2007; Navathe et al., 2008).

2.6.2. Escala MOLEST (Bumby, 1996)

Usando los ítems de la ABCS, Bumby desarrolló un cuestionario que medía, de una manera más robusta, las distorsiones cognitivas de los delincuentes sexuales (Gannon et al., 2007). El resultado fue la escala MOLEST, un cuestionario de 38 ítems que mide las distorsiones cognitivas asociadas a los niños y su sexualidad (Blumentahl et al., 1999; Gannon y Polaschek, 2006).

Para responder a este cuestionario, los sujetos deben apuntar en una escala tipo Likert de 4 puntos su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a los ítems (Feelgood et al., 2005; Gannon y Polaschek, 2006). La puntuación final, abarcará desde los 36 puntos hasta los 144 puntos. La escala presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .96$) y una buena fiabilidad test-retest ($r > .80$).

2.6.3. Escala RAPE (Bumby, 1996)

Este cuestionario de 36 ítems que se responde por medio de una escala Likert de 4 puntos (Feelgood et al., 2005), mide distorsiones cognitivas asociadas con la violación (Blumenthal et al., 1999). La escala, al igual que la anterior, tienen una buena consistencia interna y una adecuada fiabilidad test-retest ($\alpha = .96$; $r > .80$), y la puntuación final abarca desde 38 puntos hasta 152 puntos. Además, nos permite diferenciar entre violadores y reclusos no sexuales (Blumenthal et al., 1999).

2.6.4. CM Scale (CMS; McGrath, Cann y Konopasky, 1998)

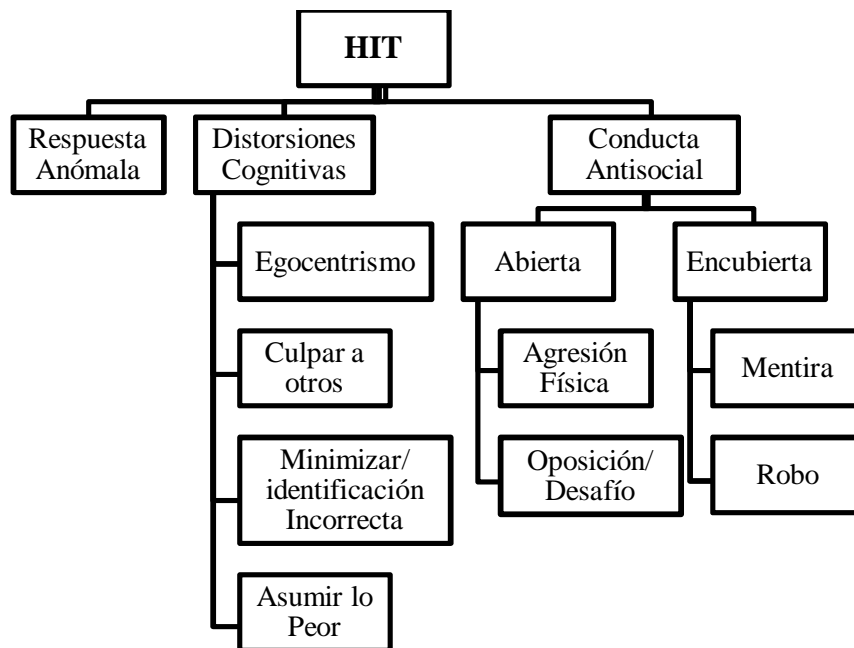
Esta escala fue desarrollada para medir distorsiones cognitivas de manera similar al ABCS (Tierney y McCabe, 2001). La CMS está formada por 22 ítems que se responden por medio de una escala Likert de 5 puntos (Gannon et al., 2007; Navathe et al., 2008). Cada uno de los ítems representa una justificación (de las comúnmente observadas en los delinquentes sexuales infantiles) de su comportamiento (Navathe et al., 2008). La escala tienen un coeficiente de consistencia interna moderada y una buena validez discriminante (Tierney y McCabe, 2001).

2.7. Agresión y Conducta Antisocial

2.7.1. “How I Think” Questionnaire (HIT; Barriga y Gibbs, 1996; Gibbs et al., 2001)

Este cuestionario fue diseñado para medir las distorsiones cognitivas autosirvientes y los problemas de conducta en jóvenes antisociales (Barriga y Gibbs, 1996; Barriga et al., 2000; Barriga et al., 2008; Barriga et al., 2009). Los sujetos responden a los ítems a lo largo de una escala Likert de 6 puntos.

Figura 7. Escalas que forman en HIT



La versión preliminar del HIT estaba formada por 60 ítems, 52 de los cuales hacían referencia de actitudes o creencias no verídicas (Barriga y Gibbs, 1996). Actualmente, el cuestionario lo forman por 54 ítems (Barriga et al., 2000; Barriga et al., 2008; Barriga et al., 2009) diseñados para medir cuatro categorías de distorsiones cognitivas autosirvientes (egocentrismo, culpar a los otros, minimizar/etiquetado incorrecto y asumir lo peor) y las cuatro categorías que definen la conducta antisocial (agresión física, oposición/desafío, mentir y robo). Los ítems que miden conducta antisocial se van a agrupar en dos sub-escalas, una hace referencia a conducta antisocial abierta, mientras que la otra recoge la conducta antisocial encubierta (Barriga et al., 2009; Liau et al., 1998), tal y como se muestra en la *figura 7*. Además, se diseñó para este cuestionario (Barriga y Gibbs, 1996) una escala de “respuesta anómala” (AR) compuesta por ocho ítems, para poder detectar las respuestas inexactas o sospechosas.

La fiabilidad test-retest es elevada ($\alpha = .91$), mientras que la consistencia interna oscila entre .93-.96 para la escala total (Barriga et al., 2000).

3. CHILDREN'S NEGATIVE COGNITIVE ERROR QUESTIONNAIRE (CNCEQ)

El *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire* (CNCEQ) fue desarrollado por Leitenberg, Yost y Carrol-Wilson, en 1986, para medir el procesamiento distorsionado de la información en población infanto-juvenil. Este cuestionario está basado tanto en la teoría de Beck (2002) como en el *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) desarrollado por Lefebvre en 1981 (Karakaya, Coskun, Agaoglu, Öc, Çakin Memik et al., 2007).

Hay que recordar que el elemento fundamental de la teoría de Beck se basa en que existen una serie de errores característicos en el procesamiento de la información en la depresión, la ansiedad, de personalidad y otras psicopatologías (Wright y Beck, 1996; Carrasco Galán, 2004), de tal forma que, durante el proceso de interpretación de una situación, se podrían activar esquemas cognitivos negativos que llevan al individuo a cometer distorsiones en el procesamiento de la información de dicha situación (Carrasco Galán, 2004; Henriques y Leitenberg, 2002). Como hemos visto, se han desarrollado diversos cuestionarios que miden varios estilos de procesamiento asociados a la depresión en adultos (Leitenberg et al., 1986), como pueden ser el DAS, desarrollado por Weismann y Beck (1978) o el CBQ, desarrollado por Krantz y Hammen (1979); sin embargo, solamente Lefebvre (1981) ideó una medida con escalas separadas para los errores cognitivos descritos por Beck (Karakaya et al., 2007; ; Leitenberg et al., 1986; Maric, Heyne, Van Windenfelt y Westenberg, 2011).

Beck et al., (2002) distinguieron siete tipos de errores cognitivos en la depresión adulta (tabla 22). Para medir los errores cognitivos en personas adultas deprimidas, Lefebvre (1981) desarrolla el CEQ. Durante su investigación, este autor observa que algunos de los errores cognitivos desarrollados por Beck se solapan entre sí, dando lugar a las cuatro categorías de errores cognitivos negativos que se incluyen en este cuestionario: catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva (Maric et al., 2011).

El CEQ es un cuestionario formado por 48 viñetas, cada una de las cuales describe, en dos o tres líneas, una experiencia estresante que va seguida por un pensamiento negativo que refleja una distorsión en el pensamiento (Christensen et al., 1999a; Lefebvre, 1981). A cada una de esta viñetas se responde por medio de una escala

Likert de 5 puntos (desde “*Es exactamente como yo pienso*” hasta “*No es en absoluto como yo pienso*”).

Tabla 22. *Distorsiones Cognitivas (Beck, 1963)*

Catastrofización	El individuo piensa que lo que le sucederá será terrible e insoportable y que no será capaz de afrontarlo. Aquí sí se involucra el aspecto afectivo, es decir, lo que “se sentirá” si el evento tiene lugar.
Abstracción selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.
Sobregeneralización	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular como no relacionadas.
Magnificación y minimización	El paciente se evalúa así mismo, a otros o a una situación y exagera lo negativo y minimiza lo positivo, o viceversa.
Pensamiento dicotómico	El sujeto ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda la gama de posibilidades intermedias (matices).
Personalización	Tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo o inadecuado.

El cuestionario puede dividirse en dos partes, cada una de las cuales está compuesta por 24 viñetas (Christensen et al, 1999a; Goubert et al., 2005; Lefebvre, 1981):

- CEQ General: evalúa cogniciones disfuncionales relacionadas con experiencias de la vida diaria.
- CEQ LBP: es igual que el CEQ general, pero el tema incluye un problema, limitación personal o interpretación relacionada con el dolor lumbar.

Ambos cuestionarios miden las 4 distorsiones cognitivas descritas anteriormente (catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva), en tres ámbitos diferentes: trabajo, familia/casa y ocio (Lefebvre, 1981). Tanto la fiabilidad como la validez del cuestionario han sido bien documentadas para las dos partes del cuestionario, presentando una alta fiabilidad test-retest (.80 - .85), de formas alternativas (.76 - .82), y consistencia interna (.89 - .92).

Es importante señalar que Lefebvre (1981) desarrolló una medida que proporciona información útil sobre cómo los individuos depresivos interpretan, de manera sistemática, los eventos de una manera negativa. Años más tarde, Leitenberg *et al.* (1986) ampliaron esta línea de investigación en niños y adolescentes, identificando un conjunto de errores cognitivos similares a la población de adultos. El CNCEQ fue originalmente diseñado para medir el procesamiento cognitivo distorsionado asociado con la depresión (Weems *et al.*, 2001), aunque ha sido ampliamente utilizado para evaluar a niños y adolescentes con otros problemas emocionales y de conducta (Messer, Kempton, Van Hasselt, Null y Bukstein, 1994). Con esta medida, se han identificado distorsiones cognitivas auto-humillantes en jóvenes deprimidos (Leitenberg *et al.* 1986), ansiosos (Watts y Weems 2006; Weems *et al.*, 2001) y en los que experimentan ambos síntomas (Messer *et al.*, 1994).

Este cuestionario está formado por 24 ítems, cada uno de los cuales presenta, de manera similar al CEQ de Lefebvre, dos o tres líneas que describen una situación hipotética seguida por una serie de declaraciones que reflejan uno de las cuatro errores cognitivos que evalúa el cuestionario (Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg *et al.*, 2009; Karakaya *et al.*, 2007; Leitenberg *et al.*, 1986; Messer *et al.*, 1994; Watts y Weems, 2006; Weems *et al.*, 2001). Los niños deben indicar por medio de una escala Likert de 5 puntos (Epkins, 1998; Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg *et al.*, 2009; Kingery, Kepley, Ginsburg y Walkup, 2009; Leitenberg *et al.*, 1986; Maric, 2010; Watts y Weems, 2006; Weems *et al.*, 2001) (donde 1 es “*No pienso nada parecido*” y 5 es “*Pienso casi exactamente igual*”) el grado de similitud entre la declaración y su forma de pensar cuando imaginaban que estaban en esa situación o experimentaban el evento. El cuestionario puede dividirse en cuatro sub-escalas (*tabla 23*) (Kingery *et al.*, 2009; Weems *et al.*, 2001), cada una de las cuales evalúa una distorsión cognitiva (catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva). Cada sub-escala está formada por 6 ítems, cuyo contenido está distribuido en tres contextos que destacan en la vida del niño: social, académico y deportivo (Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg *et al.*, 2009; Karakaya *et al.*, 2007; Kingery *et al.*, 2009; Watts y Weems, 2006; Weems *et al.*, 2001). Por cada escala, dos ítems representan cada uno de estos contextos.

En el desarrollo del cuestionario, se generaron inicialmente 49 ítems que reflejaban diferentes ejemplos de cada uno de los cuatro tipos de distorsiones cognitivas en cada una de las áreas importantes en la vida de los niños; una posible cuarta área (vida

familiar) fue omitida de manera intencionada porque podrían considerarla intrusiva o amenazante (Leitenberg et al., 1986).

Para validar consensualmente la categorización de los errores cognitivos y el contenido de las áreas en los 49 ítems, se dieron a 10 estudiantes de postgrado en psicología clínica definiciones, tanto de los cuatro errores cognitivos como de las tres áreas de contenido, y se les pidió que identificaran qué errores cognitivos y a qué áreas se refería cada uno de los 49 ítems. Para los errores cognitivos se alcanzó un 92% de acuerdo, mientras que para las áreas temáticas el acuerdo fue del 99% (Leitenberg et al., 1986).

Tabla 23. *Ítems correspondientes a cada escala y área de contenido*

SUBESCALA	ÁREA DE CONTENIDO	ITEM
Catastrofismo	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Invitas a uno de tus amigos a pasar la noche en tu casa. Otro de tus amigos se entera. Piensas: <i>“Se enfadará conmigo por no haberle invitado y dejará de ser mi amigo”</i> (ítem 1). - Has empezado a ayudar a uno de tus vecinos en su trabajo. Esta semana en dos ocasiones no has podido ir a patinar con tus amigos por tener que trabajar. Como has visto a tu amigo salir de patinar, piensas: <i>“Muy pronto no querrá hacer nada conmigo”</i> (ítem 18).
	Académico	<ul style="list-style-type: none"> - Te has olvidado de hacer el trabajo de lenguaje. El profesor pide en clase que se entreguen los trabajos. Piensas: <i>“El profesor va a pensar que no me preocupa y no voy a aprobar”</i> (ítem 11). - Has realizado un trabajo extra adicional en una asignatura. Tu profesor te dice que le gustaría hablar contigo sobre esto. Piensas: <i>“Cree que no he hecho bien este trabajo, y me va a dar una mala calificación”</i> (ítem 20).
	Deportivo	<ul style="list-style-type: none"> - Tu equipo de baloncesto está practicando. El entrenador te dice que le gustaría hablar contigo después del entrenamiento. Piensas: <i>“No está contento con mi forma de jugar y no me quiere más en el equipo”</i> (ítem 9). - Tu primo te llama para preguntarte si te gustaría ir a dar un largo paseo en bicicleta. Piensas: <i>“Seguramente no seré capaz de seguir el ritmo y la gente se reirá de mí”</i> (ítem 22).

Tabla 23 (cont.). Ítems correspondientes a cada escala y área de contenido

SUBESCALA	ÁREA DE CONTENIDO	ITEM
Sobregeneralización	Social	- Cuando es el cumpleaños de alguien de tu clase, el profesor le permite media hora de tiempo libre para jugar con el compañero que elija. La semana pasada fue el cumpleaños de uno de tus amigos y eligió a otro para jugar. Hoy otro de tus amigos tiene que elegir a alguien. Piensas: <i>“Probablemente no me va a elegir a mí”</i> (ítem 8).
		- La semana pasada uno de tus compañeros de clase dio una fiesta y no te invitó. Esta semana oíste a otro compañero decir que estaba pensando en invitar a varios compañeros para ir al cine. Piensas: <i>“Al igual que la semana pasada, no me van a invitar”</i> (ítem 19).
	Académico	- La semana pasada tuviste un examen de historia y olvidaste algunas de las cosas que habías leído. Hoy tienes un examen de matemáticas. Piensas: <i>“Probablemente voy a olvidar lo que he estudiado al igual que la semana pasada”</i> (ítem 14).
		- La clase va a empezar un nuevo tema de matemáticas. El último tema fue realmente difícil. Cuando llega el momento de la clase, piensas: <i>“El tema anterior fue tan duro que sé que voy a tener problemas con éste”</i> (ítem 17).
	Deportivo	- Alguno de tus amigos te preguntan si te vas a volver a presentar a las pruebas para poder jugar en el equipo de fútbol. Lo intentaste el año pasado pero no conseguiste pasarlas. Piensas: <i>“Para qué voy a intentarlo, si no lo pude conseguir el año pasado”</i> (ítem 5).
		- La semana pasada jugaste al baloncesto y metiste dos canastas. Hoy algunos compañeros de clase te han pedido que juegues con ellos al fútbol. Piensas: <i>“No tiene sentido jugar. No soy bueno en los deportes”</i> (ítem 24).

Tabla 23 (cont.). Ítems correspondientes a cada escala y área de contenido

SUBESCALA	ÁREA DE CONTENIDO	ITEM
Personalización	Social	- Llamas a uno de tus compañeros para preguntarle sobre los deberes de matemáticas. Te contesta que no puede hablar ahora ya que su padre tiene que usar el teléfono. Piensas: <i>“No quería hablar conmigo”</i> (ítem 6).
		- Estás con dos de tus amigos. Les dices que te gustaría ir al cine este fin de semana. Ellos te responden que no pueden. Piensas: <i>“Lo más seguro es que no quieren ir conmigo”</i> (ítem 21).
	Académico	- Se organiza un concurso de ortografía entre dos equipos de tu clase. Tu equipo pierde y el contrario gana con facilidad. Piensas: <i>“Si yo fuera más inteligente no habríamos perdido”</i> . (ítem 4)
		- Tú y otros tres compañeros habéis realizado en grupo un trabajo de ciencias. El profesor consideró que no fue un buen trabajo y os calificó con una mala nota. Piensas: <i>“Si yo no hubiera hecho un pésimo trabajo, habríamos conseguido una buena calificación”</i> (ítem 7).
	Deportivo	- En clase de gimnasia estáis jugando a hacer carreras de relevos entre compañeros. Tu equipo acaba perdiendo. Piensas: <i>“Si yo hubiera corrido más rápido no hubiéramos perdido”</i> (ítem 2).
		- Estás recibiendo clases de esquí. El instructor dice a la clase que no cree que la gente del grupo esté todavía preparada para esquiar por las pistas con mayor desnivel. Piensas: <i>“Si yo pudiera aprender a esquiar más rápido, no estaría retrasando a todo el grupo”</i> (ítem 16).

Tabla 23 (cont.). Ítems correspondientes a cada escala y área de contenido

SUBESCALA	ÁREA DE CONTENIDO	ITEM
Abstracción Selectiva	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Fuiste a una fiesta con uno de tus amigos. Desde el principio tu amigo te deja solo y está con otros en vez de estar contigo. Cuando termina la fiesta, tú y tu amigo decidís parar en su casa para tomar algo antes de volver a la tuya. Piensas: <i>“Mi amigo parecía no querer estar conmigo esa noche”</i> (ítem 10) - Estuviste todo el día en casa de un amigo. La última hora antes de salir estabas realmente aburrido. Piensas: <i>“Hoy no fue un día divertido”</i> (ítem 15).
	Académico	<ul style="list-style-type: none"> - Fue un buen día de clase hasta que a última hora tuviste un control de matemáticas. Te fue mal en el examen. Piensas: <i>“La escuela es un lastre y una pérdida de tiempo”</i> (ítem 12). - Tu equipo de clase acaba de perder en una prueba de lenguaje. Tú fuiste el último en participar y tuviste cuatro aciertos y un error. Al terminar, piensas: <i>“No soy bueno en esta materia”</i> (ítem 23).
	Deportivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estás haciendo una prueba para poder jugar en un equipo de baloncesto. Tiras a canasta y encestas dos veces y fallas otras dos. Piensas: <i>“Hice la prueba pésimamente mal”</i> (ítem 3) - Juegas al baloncesto y anotas cinco canastas, pero fallas dos tiros realmente sencillos. Después del partido, piensas: <i>“Jugué fatal”</i> (ítem 13).

A continuación, los 49 ítems fueron administrados a 62 estudiantes matriculados en clases de 2° a 6° grado de la escuela elemental de la localidad. Se examinaron las respuestas para determinar qué ítems mostraban una mayor variación y dispersión. Del mismo modo, de esta muestra piloto se obtuvieron, también, datos sobre la comprensión de las instrucciones y la claridad de las declaraciones o viñetas del CNCEQ. Finalmente, de los 49 ítems originales se seleccionaron 24 para la forma final del cuestionario, ya que éstos fueron los que obtuvieron mayor acuerdo inter-jueces (Leitenberg et al., 1986).

Para comprobar la fiabilidad y la consistencia interna del cuestionario, se administró a 143 niños de entre 5° y 8° grado. Aunque el nivel de lectura de estos ítems estaba a nivel de 3° y 4° grado, el experimentador leía en voz alta las instrucciones y los

ítems del cuestionario para minimizar las diferencias de las habilidades lectoras. Tras cuatro semanas, el cuestionario fue administrado otra vez siguiendo el mismo protocolo (Leitenberg et al., 1986). La puntuación mínima que se puede obtener en el CNCEQ es de 24 puntos y la máxima de 120 (Epkins, 1998; Flouri y Panourgia, 2011; Leitenberg et al., 1986).

Leitenberg et al., (1986) obtuvieron para el cuestionario una aceptable consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo (Epkins, 1998; Flouri y Panourgia, 2011; Ginsburg et al., 2009; Watts y Weems, 2006; Weems et al., 2001). La fiabilidad test-retest para cada uno de los tipos de error oscila entre .44 y .58, y para el contenido de las áreas entre .56 y .59. Para la puntuación total del cuestionario la fiabilidad test-retest fue de .65. Con respecto a la consistencia interna, los autores refieren un α de Cronbach elevado para la puntuación total ($\alpha = .89$), así como en las diferentes sub-escalas: catastrofismo ($\alpha = .73$), sobregeneralización ($\alpha = .76$), personalización ($\alpha = .77$) y abstracción selectiva ($\alpha = .59$).

Por su parte, los resultados de la validez convergente no son completos. Los jóvenes que presentaban altos niveles de depresión, baja autoestima y alta ansiedad presentaban puntuaciones más altas para cada tipo de distorsión cognitiva y para cada área de contenido (Leitenberg, et al., 1986).

Para obtener los datos normativos (Leitenberg et al., 1986), el CNCEQ fue administrado a 637 niños de 4º, 6º y 8º curso de dos escuelas públicas. Un ANOVA de 4 factores se llevó a cabo para los datos de *Tipo de Error x Contenido del Área x Sexo x Curso*. Aunque las diferencias en términos absolutos fue pequeña, había un efecto principal significativo para el *Tipo de Error* y para el *Contenido del Área*, así como para la interacción entre el *Tipo de Error x Contenido del Área*. Un análisis *Newman-Keuls* indicó que para la muestra en general, la abstracción selectiva fue la distorsión cognitiva más común y la catastrofización la menos. Además, los resultados mostraron que existían diferencias significativas entre sobregeneralización y personalización. El análisis indicó, además, que había puntuaciones distorsionadas más elevadas en el área social que en las áreas académica o deportiva, y mayor en el área académica que en la deportiva.

Por otro lado, se encontraron correlaciones relativamente altas entre las tres áreas de contenido (rango = .57 y .60) y entre los cuatro tipos de error (rango = .49 y .56). De

todos los errores cognitivos, los ítems correspondientes a abstracción selectiva fueron, probablemente, los más ambiguos. La interacción significativa entre el *Tipo de Error x Contenido de Área* fue un producto de varios resultados diferentes:

- No había diferencias significativas entre las puntuaciones de personalización en ninguna de las tres áreas, mientras que sí había diferencias significativas en cada uno de los otros tipos de error, a través del contenido de estas áreas.
- La sobregeneralización y la catastrofización fueron las distorsiones cognitivas que aparecían más significativamente en el área social que en la académica o deportiva. La abstracción selectiva, por lo general, suele aparecer de manera más significativa en el área social, sin embargo, a diferencia de la sobregeneralización y la catastrofización, destacó más en el área deportiva o académica.

No se encontraron efectos principales significativos para el sexo en la puntuación de distorsión total, ni tampoco se encontraron en la interacción entre *Sexo x Tipo de Error*. Sin embargo, se encontró una interacción significativa entre *Sexo x Contenido del Área*: en las chicas se encontró que puntuaban ligeramente más alto que los chicos en las áreas social y deportiva, mientras que ocurría al revés en el área académica, es decir, los chicos en este área presentaban puntuaciones más elevadas que las chicas..

En relación al curso, se encontró un efecto principal significativo para la puntuación de distorsión total. Los más jóvenes tenían una puntuación total de distorsión más elevada que los alumnos de 6º y 8º grado. Además, se encontró una interacción significativa entre el *Curso* y el *Tipo de Error*. Los sujetos de la muestra de 4º grado presentaban puntuaciones más elevadas para catastrofización y personalización que los sujetos de 6º y 8º grado, pero no se encontraron diferencias significativas entre estos dos últimos cursos en sobregeneralización y abstracción selectiva. No había diferencias significativas entre 6º y 8º curso en la interacción de *Tipo de Error x Sexo* o entre el *Curso x Contenido del Área*.

Desde la publicación inicial en 1986, el CNCEQ ha sido citado más de 150 veces en la literatura (Maric, 2010). Este cuestionario ha sido utilizado para evaluar errores cognitivos negativos en una amplia variedad de trastornos en jóvenes, tanto de tipo internalizante como externalizante, ha demostrado ser sensible a los cambios provocados por el tratamiento, y ha sido utilizado para investigar mediadores y moderadores de la

teoría conductual en jóvenes. Además, ha sido traducido y aplicado en jóvenes de diferentes culturas (Maric, 2010; Maric et al., 2011).

El CNCEQ-R es una adaptación del cuestionario para población holandesa (Maric, 2010). Esta versión del cuestionario está formado por 32 ítems: 24 adaptados de la forma original del cuestionario y 8 nuevos ítems desarrollados, de los cuales cuatro intentan evaluar “conclusión de amenaza” y los otros cuatro restantes evalúan la “subestimación de la capacidad de afrontamiento”. El formato de estos ocho nuevos ítems es similar a la de los 24 ítems originales. Los ítems de “conclusión de amenaza” hacen referencia a la amenaza social (3 ítems) y a la amenaza física (1 ítem). Las situaciones para la “subestimación de la capacidad de afrontamiento” recogían el contenido de varias áreas: nadar con otros, mudarse de casa o cambiarse de escuela, estar ocupado con actividades académicas y sociales, e interacción social mientras se está comprando. Siguiendo a Leitenberg et al. (1986), las situaciones asociadas con la vida familiar no fueron contempladas en el cuestionario para evitar la sensación de intrusividad en los sujetos.

Tras evaluar los 32 ítems que forman el cuestionario, el CNCEQ-R se redujo a 18 ítems que recogían información sobre las escalas de sobregeneralización (4 ítems), personalización (5 ítems), abstracción selectiva (3 ítems), conclusión de amenaza (2 ítems) y subestimación de la capacidad de afrontamiento (4 ítems). Todos los ítems de catastrofización fueron excluidos del cuestionario ya que cinco de ellos hacían referencia a lectura del pensamiento y otro estaba incluido dentro de la escala de subestimación de la capacidad de afrontamiento (Maric, 2010).

La consistencia interna del cuestionario es elevada ($\alpha = .80$), mientras que para cada una de las escalas oscila entre .35 y .62. La fiabilidad test-retest indica que las cinco sub-escalas fueron moderadamente estables a lo largo del tiempo, con coeficientes de correlación de Pearson entre .71 y .85; para el test total la fiabilidad fue de .90 (Maric, 2010).

Por su parte, Karakaya et al. (2007) realizaron un estudio para recoger datos normativos relacionados con la fiabilidad y la validez de la versión turca de este cuestionario. Los resultados de esta investigación (Karakaya et al., 2007) mostraron que la fiabilidad para población turca en el cuestionario total fue elevada ($\alpha = .82$) la primera vez que fue administrado. Al pasar el cuestionario por segunda vez, la fiabilidad fue de .87.

Además, los autores refieren que el cuestionario presenta una validez convergente elevada con otras escalas.

Además, de acuerdo con los resultados de esta investigación, las chicas puntuaban más alto que los chicos en el uso de distorsiones cognitivas. Por otro lado, los resultados muestran que aunque el CNCEQ detecta los errores cognitivos relacionados con la ansiedad y la depresión, falla a la hora de discriminar las distorsiones cognitivas que acompañan a la agresión. Además, para la ansiedad y la depresión, la escala puede ayudar a predecir la baja autoestima y la desesperanza. Sin embargo, la escala no puede diferenciar entre los desórdenes psiquiátricos. Además, el cuestionario es aceptado como una medida válida para identificar aquellos adolescentes con problemas internalizantes y externalizantes, así como aquellos que son susceptibles al suicidio. Basándose en estos resultados, Karakaya et al. (2007) proponen que el CNCEQ puede determinar las distorsiones cognitivas que acompañan a la depresión, la ansiedad y la baja autoestima.

SEGUNDA PARTE

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Desde que Aaron Beck, en 1963, desarrollara su *Teoría Cognitiva* para la Depresión, han sido muchos los trabajos dirigidos a estudiar los aspectos cognitivos implicados en la psicopatología. Un gran número de estas investigaciones se han centrado en analizar los errores que cometemos en el procesamiento de la información y que aparecen en la depresión, la ansiedad o el juego patológico, entre otros. En concreto, estos estudios han demostrado que las distorsiones cognitivas juegan un papel fundamental en el origen y mantenimiento de estas patologías, tanto en población adulta como en población infanto-juvenil. No obstante, la investigación no se ha limitado a constatar la influencia de estas distorsiones en la psicopatología, sino que, como hemos visto, se han desarrollado numerosos instrumentos para poder medir estos sesgos cognitivos.

No cabe la menor duda de que, entre todas las medidas desarrolladas, ha sido el CNCEQ, el instrumento más utilizado en la literatura para la evaluación de las distorsiones cognitivas en población infanto-juvenil. En concreto, este instrumento se ha centrado en las distorsiones cognitivas auto-degradantes que suelen aparecer en la ansiedad y en la depresión. Sin embargo, no existe una versión adaptada y validada de este cuestionario para una muestra de jóvenes españoles.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo primordial del presente trabajo es adaptar psicométricamente el *Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire* (CNCEQ) para poder disponer de un instrumento con el que se pueda identificar y medir las distorsiones cognitivas auto-degradantes en población infanto-juvenil española. En concreto lo que se busca con este estudio es:

- Determinar la fiabilidad y consistencia interna del CNCEQ, y sus respectivas escalas, en población infantil y juvenil española.
- Determinar la validez de constructo del CNCEQ poniéndola a prueba con diferentes modelos de su estructura factorial.
- Determinar la validez discriminante del CNCEQ al comparar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de la escala según la edad, sexo y nivel de estudios de los participantes.
- Determinar la validez predictiva del CNCEQ con cuestionarios de agresión (AQ y RPR). Al establecer el grado de eficacia con que podemos predecir la agresividad a partir de los datos del cuestionario.

En relación a los objetivos planteados, se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

H₁: El CNCEQ y sus escalas obtendrán un grado de fiabilidad aceptable en población infantojuvenil española.

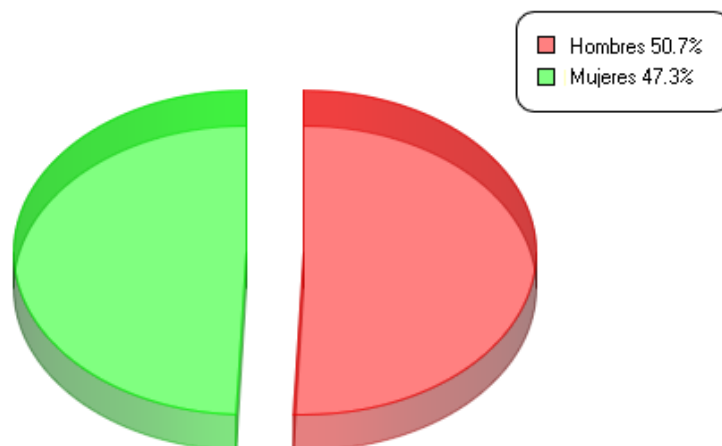
H₂: El CNCEQ mostrará una estructura general compuesta por cuatro factores de primer orden.

H₃: Existirán diferencias significativas en las puntuaciones del CNCEQ total y las sub-escalas en función de la edad, sexo y nivel de estudios.

H₄: Las puntuaciones del CNCEQ total y de las sub-escalas no presentaran correlaciones estadísticamente significativas con el Cuestionario de Agresión (AQ) y el Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ).

3. PARTICIPANTES

Para la adaptación de este cuestionario a la población española, se contó con 2047 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 22 años de edad, pertenecientes a diferentes centros educativos de España. Como se refleja en el *grafico 1*, el 50.7% de los participantes fueron varones (n = 1038) y el 49.3% mujeres (n = 1009).

Grafico 1. *Porcentaje de sujetos según el sexo*

La edad media de la muestra fue de 15.25 ($Dt = 1.769$). Se establecieron tres grupos de edad (*gráfico 2*): el grupo 1 comprendería a todos los participantes entre 12 y 14 años ($n = 698$, 34.1%), el grupo 2, incluiría a aquellos participantes entre 15 y 16 años ($n = 797$, 38.9 %) y el grupo 3 recoge a los participantes con edades comprendidas entre 17 y 22 años ($n = 552$, 27%).

Un total de 323 centros educativos, en su mayor parte españoles, fueron seleccionados al azar del total de los propuestos inicialmente como posibles participantes al contar con la aceptación de los respectivos Departamentos de orientación. El mayor porcentaje de los alumnos pertenecía a centros educativos de la Comunidad de Madrid ($n = 1746$, 85.3%), seguido por Castilla la Mancha ($n = 99$, 4.8%), Extremadura ($n = 42$, 2.1%), Aragón ($n = 49$, 1.9%), Canarias ($n = 32$, 1.6%), Andalucía ($n = 22$, 1.1%), Castilla y León ($n = 21$, 1%), País Vasco ($n = 19$, .9%), y, por último, Asturias ($n = 19$, .9%) (*Gráfico 3*).

Gráfico 2. *Porcentaje de sujetos según edad*

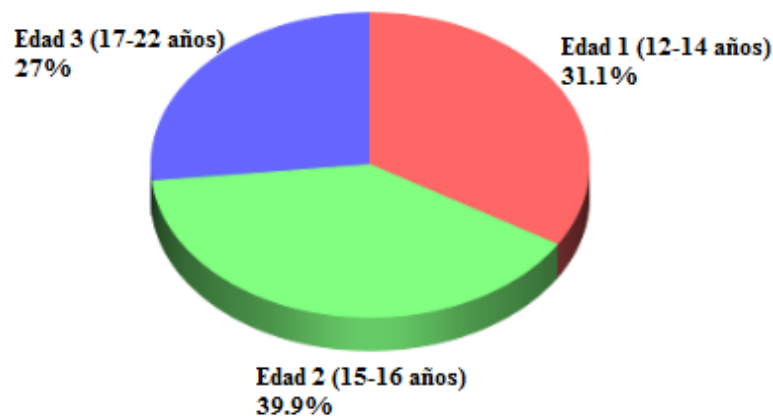
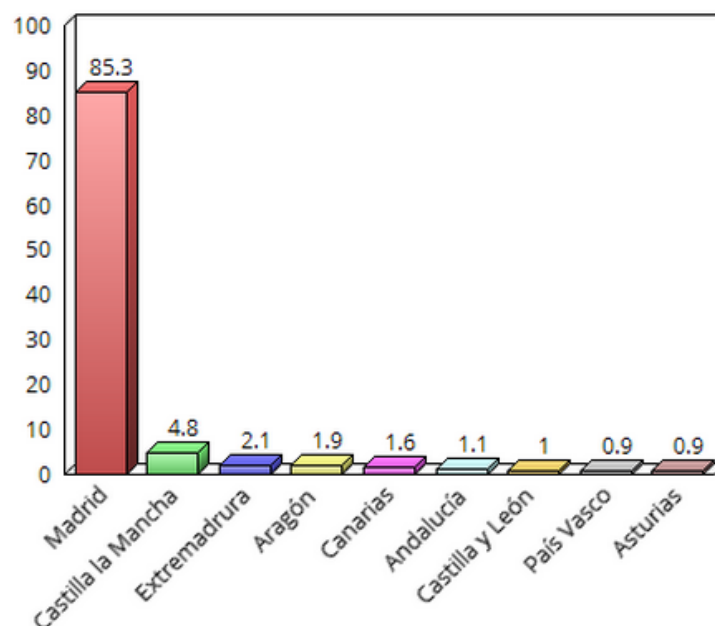


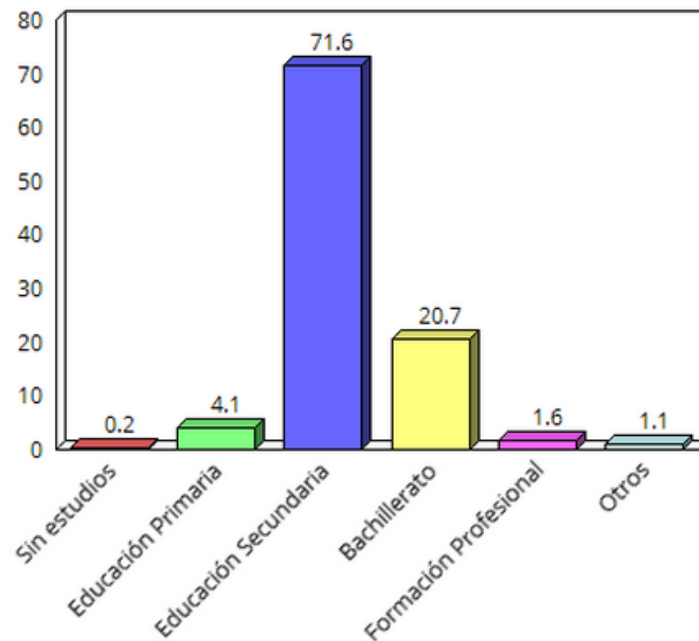
Gráfico 3. *Porcentaje de sujetos por comunidad autónoma*



Con respecto al nivel de estudios (*gráfico 4*), se observa que la mayor parte de la muestra cursaba Educación Secundaria Obligatoria ($n = 1465$, 71.6%), seguidos de

aquellos que cursaban Bachillerato ($n = 424$, 20.7%), Educación Primaria ($n = 83$, 4.1%), Formación Profesional ($n = 33$, 1.6%) u otro tipo de formación ($n = 22$, 1.1%).

Gráfico 4. *Porcentaje de sujetos según nivel de estudios*



Todos los sujetos participaron de forma voluntaria y la información fue tratada de forma absolutamente confidencial.

4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.1. Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992; Adaptado por Andreu, Peña y Graña, 2002)

El cuestionario AQ, es una medida desarrollada por Buss y Perry en 1992, para poder solventar los problemas psicométricos que presentaba un cuestionario previo: el Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee (BDHI) (Buss y Burkee, 1957, citado por Andreu, Peña y Graña, 2002). Este cuestionario, ampliamente aplicado en multitud de países, fue adaptado a población española por Andreu, Peña y Graña (2002). Debido a su

fácil manejo y bajo coste de aplicación, es un instrumento que resulta eficaz en la detección de individuos agresivos en población general (Andreu et al., 2002).

Está compuesto por 29 ítems, que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos, a los que hay que responder por medio de una escala Likert de cinco puntos (desde 1 “*Completamente falso para mi*” hasta 5 “*Completamente verdadero para mi*”), y se estructura en cuatro sub-escalas denominadas *agresividad física* (compuesta por 9 ítems), *agresividad verbal* (5 ítems), *ira* (7 ítems) y *hostilidad* (8 ítems).

En su adaptación a población española, Andreu et al. (2002) examinaron las propiedades psicométricas en una muestra de 1382 estudiantes con edades comprendidas entre los 15 y 25 años, donde las puntuaciones altas indican elevados niveles de agresión, ira y hostilidad, mientras que las bajas indicarían lo contrario. Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) tanto para la escala total ($\alpha = .88$) como para las sub-escalas (agresión física ($\alpha = .86$), ira ($\alpha = .77$) y hostilidad ($\alpha = .72$)) fueron adecuados y similares a los obtenidos por los autores originales, aunque en el caso de la agresión verbal ($\alpha = .68$), ésta fue menor en la versión psicométrica española (Andreu et al., 2002).

4.2. Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ; Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al., 2006; adaptado por Andreu, Peña y Ramírez, 2009)

Partiendo de la diferenciación entre agresión reactiva y proactiva, Raine, Dodge, Loeber, Gatzke-Kopp, Lynam, Reynolds et al. (2006), elaboraron un cuestionario para medir ambos constructos de una manera rápida y accesible. El cuestionario original elaborado por los autores constaba de 26 ítems (13 para cada tipo de agresión), siendo posteriormente el número de ítems reducido a 23, donde 12 de los ítems miden la dimensión motivacional proactiva (instrumental), mientras que los 11 ítems restantes evalúan la dimensión reactiva u hostil (Andreu, Peña y Ramírez, 2009).

En 2009, el RPQ fue adaptado a población infanto-juvenil española por Andreu, Peña y Ramírez. El instrumento, aplicado a una muestra de 732 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad, pretendía evaluar la motivación de los

autores de la agresión y el contexto donde sucede la agresión, pero, al mismo tiempo, se trató de evitar una postura defensiva de los sujetos incluyendo en sus instrucciones la siguiente afirmación: “*En ocasiones, la mayoría de nosotros se siente enfadado o ha hecho cosas que no debería haber hecho*”. El cuestionario incluye una escala de frecuencia de las distintas conductas agresivas que cubren las opciones nunca (0), a veces (1) y a menudo (2).

Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) tanto para la escala total ($\alpha = .91$) como para las sub-escalas de agresión reactiva ($\alpha = .84$) y proactiva ($\alpha = .87$) fueron adecuados y similares a los obtenidos por los autores originales (Andreu et al., 2009). Además, este cuestionario cuenta con la ventaja de ser de rápida aplicación, es gramaticalmente sencillo (puede ser aplicados a niños desde los 8 años de edad y adolescentes con limitadas capacidades lectoras) y refleja tanto la agresión física como la agresión verbal.

4.3. Children’s Negative Cognitive Error Questionnaire (CNCEQ; Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson, 1986)

El *Children’s Negative Cognitive Error Questionnaire* (CNCEQ) fue desarrollado por Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson, en 1986, para medir el procesamiento distorsionado de la información en población infanto-juvenil.

Este cuestionario está basado tanto en la teoría de Beck (2002) como en el *Cognitive Error Questionnaire* (CEQ) desarrollado por Lefebvre en 1981 (Karakaya et al., 2007). Beck et al., (2002) distinguieron siete tipos de errores cognitivos en la depresión adulta (catastrofización, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación o minimización, pensamiento dicotómico y personalización). Para medir estos errores cognitivos en personas adultas deprimidas, Lefebvre (1981) desarrolló el CEQ, sin embargo, durante su investigación, este autor observa que algunos de los errores cognitivos desarrollados por Beck se solapan entre sí, dando lugar a las cuatro categorías de errores cognitivos negativos: catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva (Maric et al., 2011).

Años más tarde, Leitenberg et al. (1986), adaptaron este cuestionario a población infanto-juvenil. Inicialmente se desarrollaron 49 ítems, aunque para el cuestionario se seleccionaron aquellos 24 que obtuvieron mayor acuerdo inter-jueces (Leitenberg et al., 1986). Cada uno de los ítems (que se responden a través de una escala Likert de cinco puntos) describe, en dos o tres líneas, una experiencia estresante que va seguida de un pensamiento negativo que refleja una distorsión cognitiva, de manera que el cuestionario mide cuatro distorsiones cognitivas (catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva) distribuida en tres contextos o áreas de contenido (social, académico o deportivo) (Leitenberg et al., 1986). Se descartó una cuarta área (vida familiar) de manera intencionada porque podrían considerarla intrusiva o amenazante. Ejemplos de algunos de estos ítems son los que siguen a continuación:

- Catastrofismo: en el que se interpreta un acontecimiento como una catástrofe. “Tu primo te llama para preguntarte si te gustaría ir a dar un largo paseo en bicicleta. Piensas: *«Seguramente no seré capaz de seguir el ritmo y la gente se reirá de mí»*”.
- Personalización: en la que se asume una excesiva responsabilidad sobre los acontecimientos negativos o se interpretan los acontecimientos con un significado personal. Por ejemplo, “Llamas a uno de tus compañeros para preguntarle sobre los deberes de matemáticas. Te contesta que no puede hablar ahora ya que su padre tiene que usar el teléfono. Piensas: *«No quería hablar conmigo»*”.
- Abstracción selectiva: que se caracteriza por un pensamiento dicotómico en el que se centra la atención en los aspectos negativos de las experiencias. Juegas al baloncesto y anotas cinco canastas, pero fallas dos tiros realmente sencillos. Después del partido, piensas: *«Jugué fatal»*”.
- Generalización: en la que el mismo resultado de una experiencia se aplica a experiencias similares en el futuro. Por ejemplo, La semana pasada tuviste un examen de historia y olvidaste algunas de las cosas que habías leído. Hoy tienes un examen de matemáticas. Piensas. *«Probablemente voy a olvidar lo que he estudiado al igual que la semana pasada»*”.

Leitenberg et al. (1986) obtuvieron para el cuestionario una aceptable consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo. La fiabilidad test-retest para cada uno de los tipos de distorsión cognitiva oscila entre .44 y .58, y para el contenido de las áreas entre .56 y .59. Para la puntuación total del cuestionario la fiabilidad test-retest fue de .65.

Con respecto a la consistencia interna, los autores refieren una alpha de Cronbach elevado para la puntuación total del cuestionario ($\alpha = .89$), así como en las diferentes sub-escalas. Catastrofismo ($\alpha = .73$), sobregeneralización ($\alpha = .76$), personalización ($\alpha = .77$) y abstracción selectiva ($\alpha = .59$). Por otro lado, se encontraron correlaciones relativamente altas entre las tres áreas de contenido (rango = .57 y .60) y entre los cuatro tipos de error (rango = .49 y .56).

Desde la publicación inicial en 1986, el CNCEQ ha sido citado más de 150 veces en la literatura (Maric, 2010). Este cuestionario ha sido utilizado para evaluar errores cognitivos negativos en una amplia variedad de trastornos en jóvenes, tanto de tipo internalizante como externalizante, ha demostrado ser sensible a los cambios provocados por el tratamiento, y ha sido utilizado para investigar mediadores y moderadores de la teoría conductual en jóvenes. Además, ha sido traducido y aplicado en jóvenes de diferentes culturas (Maric, 2010; Maric et al., 2011).

5. DISEÑO

Este estudio empírico es de naturaleza transversal ya que cuya finalidad era medir una o más características en un momento específico. La particularidad de esta investigación se fundamenta en medir la variables criterio y predictivas en un mismo momento y, por tanto, se ha realizado en una sola observación.

6. PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la selección de esta muestra se realizó mediante un muestreo de bola de nieve no discriminatorio exponencial. Este tipo de muestreo es no probabilístico pero ha sido utilizado por los investigadores dado que el proceso en cadena de esta técnica permite llegar a poblaciones que son difíciles de evaluar cuando se utilizan otros métodos de muestreo.

Los primeros encuestados fueron estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Madrid y el proceso en cadena incluyó la participación de 10 nuevos

encuestados por cada participante inicial en el estudio. Es decir, cada informante que había sido encuestado en la Facultad debía de administrar la batería de test a 10 sujetos adultos dentro de su red social de conocidos y/o familiares, manteniendo en la medida de lo posible igual proporción entre hombres y mujeres. Para ello, todos los estudiantes fueron entrenados en la aplicación de los instrumentos utilizados en el proceso de tipificación del instrumento. Finalmente, los investigadores orientaron el proceso de muestreo en cadena en función de la edad, género y nivel de estudios de los nuevos encuestados con el objeto de que la muestra final fuera lo más representativa posible de la población general.

Una vez recopilados todos los cuestionarios, se eliminaron aquellos que fueron contestados de forma incorrecta o estaban incompletos. En total, fueron eliminados 33 cuestionarios de los entregados por los estudiantes que participaron en la recopilación de la muestra.

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

A continuación se describen las variables utilizadas en este estudio:

- Sexo: hombres (1) y mujeres (2)
- Edad: grupos de edad en los que se han agrupado los participantes. Se han obtenido tres grupos: 12-14 años (1), 15-16 años (2) y 17-21 años (3).
- Nivel de estudios: se establecieron seis niveles: Sin Estudios (1), Educación Primaria (2), Educación Secundaria (3), Bachillerato (4), Formación Profesional (5) y Otros (6).
- CNCEQ Total: Puntuación de las sub-escalas *catastrofización*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva*. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.
- Sub-escala catastrofización: Ítems que miden la creencia de que sucederá algo terrible e insoportable, no siendo capaz de afrontarlo. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 9, 11, 18, 20 y 22.
- Sub-escala personalización: Ítems que miden la tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo e inadecuado. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 5, 8, 14, 17, 19 y 24.

- Sub-escala sobregeneralización: Ítems que miden el proceso de extraer una conclusión y elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular, como con otras situaciones no relacionadas. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 2, 4, 6, 7, 16 y 21.
- Sub-escala abstracción selectiva: Ítems que miden la valoración de la experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos relevantes de la situación. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 3, 10, 12, 13, 15 y 23.
- Área social en el CNCEQ total: puntuación de las sub-escalas *catastrofización*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva*, teniendo en cuenta solamente el área social. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 6, 8, 10, 15, 18, 19 y 21.
- Área académica en el CNCEQ total: puntuación de las sub-escalas *catastrofización*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva*, teniendo en cuenta solamente el área académica. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 4, 7, 11, 12, 14, 17, 20 y 23.
- Área deportiva en el CNCEQ total: puntuación de las sub-escalas *catastrofización*, *sobregeneralización*, *personalización* y *abstracción selectiva*, teniendo en cuenta solamente el área deportiva. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 2, 3, 5, 9, 13, 16, 22 y 24.
- AQ Total: Puntuación de las sub-escalas *agresividad física*, *agresividad verbal*, *ira* y *hostilidad*. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29.
- Sub-escala agresividad física: Ítems que miden agresión corporal o instrumental. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 24 (inverso), 27 y 29.
- Sub-escala agresividad verbal: ítems que miden agresión psicológica y amenazas. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 2, 6, 10, 14 y 18.
- Sub-escala ira: Ítems que miden la emoción de enojo, frustración, enfado. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 3, 7, 11, 15 (inverso), 19, 22 y 25.
- Sub-escala hostilidad: Ítems que miden la actitud de recelo, desconfianza, negativismo. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 4, 8, 12, 16, 20, 23, 26 y 28.

- RPQ Total: Puntuación de las sub-escalas *agresión reactiva* y *agresión proactiva*. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23.
- Sub-escala agresión reactiva: Ítems que miden las conductas que se suscitan como reacción a una provocación o una amenaza percibida (real o imaginada). Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 1, 3, 5, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 19 y 22.
- Sub-escala agresión proactiva: ítems que miden aquellas acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor. Sumatorio de las puntuaciones de los ítems: 2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 20 21 y 23.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el fin de alcanzar los objetivos de este estudio se emplearon diferentes análisis utilizando el paquete informático estadístico *SPSS* (versión 19.0). Para determinar las características sociodemográficas de la muestra se utilizaron los estadísticos descriptivos; para las variables cuantitativas se calcularon la media y desviación típica, mientras que para las variables cualitativas se utilizaron los porcentajes.

Para el cálculo de la consistencia interna, tanto del CNCEQ total como de sus respectivas sub-escalas, se utilizó el *coeficiente alpha de Cronbach*. Este coeficiente es una estimación del límite inferior de la fiabilidad poblacional y asume que una escala es fiable cuando la variabilidad de las puntuaciones observadas es atribuible a las diferencias existentes entre sujetos.

Para el análisis de la validez de constructo se ha realizado un *análisis factorial exploratorio*. En primer lugar, se calculó la matriz de correlaciones entre todas las variables, así como el *test de esfericidad de Barlett* para someter a comprobación la hipótesis de que la matriz de correlaciones es la matriz de identidad. A continuación calculamos el *KMO de Kaiser-Meyer-Olkin* para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. Este dato nos indicó que era adecuado el cálculo del análisis factorial. Para continuar, se extrajeron, a través del *método de componentes principales*, los factores necesarios para representar los datos, para poder determinar el número reducido de factores

que puedan representar a las variables originales. Par seguir, se hizo que los factores rotasen, a partir de *método varimax*, de forma que obtuvimos como resultado una clasificación de cada uno de los ítems en cada uno de los factores que se pretendía analizar.

Para calcular de la validez discriminante se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos. Con respecto al sexo, realizamos dos cálculos: por un lado una *prueba t para medias independientes* tanto el cuestionario total como para cada una de las escalas; y por otro lado, una *prueba t para medias independientes* teniendo en cuenta las áreas de contenido. Para poder comparar estas dos muestras comprobamos si se cumplían una serie de requisitos para poder utilizar este estadístico, es decir, si las muestras eran aleatorias (se comprobó de manera estadística con un test no paramétrico denominado *prueba de Rachas*) y si procedía de una distribución normal (calculado con la *prueba Kolmogorov-Smirnov*). De estos análisis concluimos que, aunque no se cumplían las condiciones necesarias para realizar el contraste de hipótesis, ya que nuestra muestra no cumple criterios de normalidad, se podía realizar una *prueba t de Student* para dos muestras independientes ya que la muestra es lo suficientemente grande para poder aplicarla. No obstante, las conclusiones a las que llegamos fueron corroboradas por la alternativa no paramétrica de la *prueba t* (el *test de Mann-Whitney*) para descartar que la ausencia de normalidad tenga algún tipo de efecto modificador sobre los resultados del análisis realizado, aunque es muy raro que con una muestra tan grande, como la de este estudio, existiera contradicción entre ambas pruebas.

Para analizar las diferencias por grupos de edad, se realizó un *ANOVA de un factor*. Para poder llevar a cabo este análisis, comprobamos que las variables cumplían tres supuestos básicos: normalidad (calculada con la *prueba Kolmogorov-Smirnov*), independencia (calculada por el *test de Rachas*) y homocedasticidad (calculada por la *prueba de Levene*). En aquellas variables en las que se vio la existencia de diferencias significativas entre grupos se calcularon las pruebas a posteriori o post hoc (*Prueba de Scheffé*) para poder analizar exactamente en qué grupos existían tales diferencias.

Con respecto a las diferencias en nivel de estudios, el procedimiento fue similar que el aplicado al analizar las diferencias por grupos de edad. Sin embargo, al no cumplir los requisitos necesarios para realizar un *ANOVA de un factor*, se aplicó la prueba alternativa no paramétrica: el *test de Kruskal-Wallis*. Esta prueba no necesita la verificación de ninguna condición especial para su utilización, pero tiene la desventaja de

ser más conservadora, es decir, resulta más difícil lograr el objetivo de rechazar la hipótesis nula y se tiende a aceptarla debido a los valores de las p -sig. son más elevados (en definitiva, tenemos mayor probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es verdadera). Para aquellas variables en las que encontramos diferencias significativas entre los grupos, realizamos la prueba *U de Mann-Whitney* y realizamos tantas combinaciones binarias como fueron necesarias, para averiguar entre que grupos se encuentran las diferencias.

Para calcular la validez de criterio se realizó un *análisis de correlación* y un *análisis de regresión lineal* tanto para el cuestionario AQ (y sus respectivas sub-escalas) como para el RPQ (y sus escalas). En primer lugar calculamos el *coeficiente de correlación de Pearson* para establecer que existe una relación lineal entre las variables. A continuación, se realizó el *análisis de regresión lineal*. Para ello utilizamos el *método de pasos sucesivos* que nos va indicando paso a paso que variables son las que van a ir entrando en nuestro modelo así como las variables que van a quedar excluidas del mismo.

Por último, hemos realizado los *baremos* para la corrección del cuestionario. Para ello, se han calculado los *percentiles* 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 95 según el sexo, la edad y la combinación de ambas variables (edad y sexo).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de los análisis estadísticos seleccionados de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

1. CONSISTENCIA INTERNA

En primer lugar, se determinó la *consistencia interna* y se calcularon los coeficientes de fiabilidad del CNCEQ total y de cada una de sus sub-escalas.

Para el análisis de fiabilidad se utilizó el coeficiente *alpha de Cronbach*. Como se observa en la *tabla 24*, los participantes obtuvieron en la puntuación del CNCEQ total un *alpha de Cronbach* de .885. Este valor indica que la fiabilidad de la escala es elevada, siendo consistente en los resultados que produce. La media del cuestionario fue de 54.05 y la desviación típica de 14.319.

Tabla 24. *Consistencia interna del CNCEQ total y sus sub-escalas*

	α de Cronbach	Media	Desviación típica
Catastrofismo	.671	13.78	4.115
Sobregeneralización	.717	13.42	4.484
Personalización	.706	12.77	4.274
Abstracción selectiva	.615	14.15	4.037
CNCEQ total	.885	54.05	14.319

La mayoría de las sub-escalas del CNCEQ obtuvieron valores de fiabilidad satisfactorios. El mayor coeficiente lo alcanzó la sub-escala de *sobregeneralización* con .717. El menor coeficiente pertenece a la sub-escala de *abstracción selectiva* ($\alpha = .615$) con una media de 14.15 y una desviación típica de 4.037.

Tabla 25. *Correlaciones entre CNCEQ y las sub-escalas*

	Catastrofismo	Sobre-generalización	Personalización	Abstracción selectiva	CNCEQ total
Catastrofismo	-				
Sobregeneralización	.702	-			
Personalización	.611	.569	-		
Abstracción selectiva	.618	.612	.562	-	
CNCEQ total	.868	.862	.814	.824	-

Determinante = .000

En la *tabla 25*, se presenta la matriz de correlaciones del cuestionario y las sub-escalas. Se puede observar, que los mejores resultados obtenidos son los que se presentan al correlacionar el CNCEQ con las sub-escalas, dando valores estadísticamente significativos con un rango que oscila entre .814 (*personalización*) y .868 (*catastrofismo*).

El *determinante de la matriz de correlaciones* nos va a indicar el grado de intercorrelaciones entre las variables. Si este índice fuera bajo, nos indicaría que las correlaciones son altas, como es en el caso de nuestra matriz de correlaciones (*Determinante* = .000), por lo que se puede decir que las variables están muy relacionadas.

2. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

El objetivo de este análisis fue determinar si las sub-escalas del CNCEQ en población infanto-juvenil española miden los constructos que la definen y poseen a estructura indicada por Leitenberg et al. (1986).

2.1. Análisis factorial exploratorio

En primer lugar, se calculó la matriz de correlaciones entre todas las variables (*tabla 26*). Se puede ver que, en general, la correlación entre las variables es moderada, no superando en la mayoría de los datos el valor .50. Sin embargo, el *determinante de la matriz de correlaciones* es de .003, por lo que se puede afirmar que las variables están muy relacionadas.

A continuación, se calculó el *Test de Esfericidad de Bartlett* (tabla 27) para comprobar si las interrelaciones entre las variables son iguales a 0. Como se puede observar, las variables están correlacionadas entre sí ($\chi^2_{276} = 11426.876$; $p < .05$).

Tabla 27. KMO y Prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.935
Chi-cuadrado aproximado		11426.876
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	276
	Sig.	.000

Se calculó el *KMO de Kaiser-Meyer-Olkin* para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. Nos permite contrastar si las correlaciones parciales entre las variables son pequeñas. Los valores bajos ($KMO \leq .60$) desaconsejan la práctica del *Análisis Factorial*, puesto que las correlaciones entre los pares de variables no pueden ser explicadas por otras variables. En nuestro caso, el índice $KMO = .935$, siendo adecuado el cálculo del *Análisis Factorial*.

Tabla 26. Matriz de correlaciones (*Determinante = ,003*)

Correlación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
CNCEQ1	-																							
CNCEQ2	,176	-																						
CNCEQ3	,182	,229	-																					
CNCEQ4	,165	,385	,258	-																				
CNCEQ5	,211	,175	,175	,213	-																			
CNCEQ6	,247	,163	,168	,169	,196	-																		
CNCEQ7	,171	,325	,178	,418	,162	,232	-																	
CNCEQ8	,327	,256	,245	,267	,310	,296	,254	-																
CNCEQ9	,253	,227	,271	,249	,318	,262	,213	,429	-															
CNCEQ10	,243	,175	,169	,159	,224	,274	,173	,363	,328	-														
CNCEQ11	,180	,184	,148	,223	,128	,176	,173	,222	,250	,234	-													
CNCEQ12	,103	,100	,120	,160	,144	,223	,115	,143	,135	,157	,155	-												
CNCEQ13	,190	,219	,398	,257	,225	,218	,278	,279	,302	,191	,199	,176	-											
CNCEQ14	,216	,181	,216	,282	,287	,206	,208	,327	,282	,208	,239	,239	,266	-										
CNCEQ15	,198	,132	,181	,188	,179	,248	,176	,248	,224	,226	,194	,224	,282	,260	-									
CNCEQ16	,187	,281	,190	,350	,157	,244	,360	,327	,294	,209	,186	,148	,256	,283	,272	-								
CNCEQ17	,236	,159	,184	,248	,237	,174	,184	,284	,271	,270	,292	,250	,225	,396	,245	,252	-							
CNCEQ18	,284	,249	,161	,262	,253	,334	,244	,390	,326	,338	,243	,213	,284	,311	,264	,338	,297	-						
CNCEQ19	,307	,222	,211	,223	,266	,295	,207	,488	,382	,407	,277	,142	,265	,280	,279	,283	,346	,432	-					
CNCEQ20	,207	,195	,172	,267	,251	,210	,259	,296	,394	,248	,255	,213	,301	,330	,278	,328	,327	,340	,341	-				
CNCEQ21	,246	,209	,144	,284	,236	,387	,248	,402	,297	,311	,158	,184	,284	,251	,281	,290	,232	,451	,386	,332	-			
CNCEQ22	,185	,206	,143	,257	,254	,237	,228	,302	,262	,199	,138	,134	,247	,248	,180	,312	,205	,321	,269	,276	,394	-		
CNCEQ23	,175	,222	,177	,282	,195	,177	,279	,255	,262	,130	,197	,172	,352	,313	,252	,310	,271	,346	,270	,382	,336	,369	-	
CNCEQ24	,182	,176	,144	,217	,300	,206	,218	,289	,236	,181	,141	,118	,237	,288	,187	,281	,207	,322	,228	,288	,330	,437	,372	-

Para todas las correlaciones $p < ,05$

A continuación (*tabla 28*), se extrajo, por medio del *método de Componentes Principales*, cuatro factores que representan cada una de las sub-escalas. La proporción de varianza explicada por los factores comunes (44.043%) sería adecuada ya que se aproxima al 50%.

Tabla 28. Varianza total explicada (*Método de extracción: componentes principales*)

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6.808	28.367	28.367	6.808	28.367	28.367	3.252	13.550	13.550
2	1.379	5.747	34.114	1.379	5.747	34.114	2.457	10.237	23.788
3	1.226	5.109	39.223	1.226	5.109	39.223	2.439	10.161	33.949
4	1.157	4.820	44.043	1.157	4.820	44.043	2.423	10.094	44.043
5	1.037	4.320	48.363						
6	.995	4.147	52.510						
7	.892	3.717	56.228						
8	.805	3.354	59.582						
9	.789	3.288	62.870						
10	.738	3.076	65.946						
11	.723	3.012	68.957						
12	.706	2.942	71.899						
13	.679	2.830	74.729						
14	.662	2.757	77.486						
15	.620	2.582	80.068						
16	.608	2.533	82.602						
17	.586	2.444	85.045						
18	.579	2.413	87.458						
19	.550	2.293	89.752						
20	.530	2.207	91.959						
21	.520	2.168	94.127						
22	.500	2.083	96.210						
23	.473	1.969	98.179						
24	.437	1.821	100.000						

En la *tabla 29*, se recoge la proporción de varianza explicada por los factores comunes. Lo que nos interesa es que la comunalidad (extraída por el *método de componentes principales*) siga siendo alta, al extraer los factores. Se puede observar, que las comunalidades tienden a ser bastante bajas. Solo algunos ítems superan .5 (por ejemplo *cnceq2*, *cnceq8*, *cnceq19* ó *cnceq24*) y ninguno llega a .6, lo que indica que los factores

comunes no explican, en gran medida, la variabilidad del ítem en cuestión. Por lo tanto, esta varianza, al no quedar explicada por los factores comunes, se atribuye al factor único.

Tabla 29. Comunalidades

	INICIAL	EXTRACCIÓN
CNCEQ1	1.000	.322
CNCEQ2	1.000	.504
CNCEQ3	1.000	.388
CNCEQ4	1.000	.544
CNCEQ5	1.000	.247
CNCEQ6	1.000	.324
CNCEQ7	1.000	.496
CNCEQ8	1.000	.533
CNCEQ9	1.000	.411
CNCEQ10	1.000	.486
CNCEQ11	1.000	.331
CNCEQ12	1.000	.388
CNCEQ13	1.000	.370
CNCEQ14	1.000	.453
CNCEQ15	1.000	.312
CNCEQ16	1.000	.399
CNCEQ17	1.000	.482
CNCEQ18	1.000	.472
CNCEQ19	1.000	.544
CNCEQ20	1.000	.418
CNCEQ21	1.000	.523
CNCEQ22	1.000	.555
CNCEQ23	1.000	.527
CNCEQ24	1.000	.542

Para seguir, se presenta en la *tabla 30*, la *matriz de componentes rotados* que nos indica que las cargas que saturan alto en un factor, están correlacionadas. Por último, la *tabla 31* recoge los ítems que pertenecen a cada factor.

Tabla 30. *Matriz de Componentes Rotados*

	COMPONENTES			
	1	2	3	4
CNCEQ1	.537	.045	.112	.137
CNCEQ2	.194	.089	-.026	.676
CNCEQ3	.200	-.128	.258	.515
CNCEQ4	.081	.199	.170	.685
CNCEQ5	.344	.270	.216	.095
CNCEQ6	.504	.226	.105	.090
CNCEQ7	.107	.244	.044	.650
CNCEQ8	.650	.208	.123	.230
CNCEQ9	.521	.125	.242	.254
CNCEQ10	.677	.007	.159	.055
CNCEQ11	.263	-.090	.455	.216
CNCEQ12	.037	.097	.614	-.016
CNCEQ13	.165	.175	.363	.425
CNCEQ14	.163	.246	.582	.165
CNCEQ15	.238	.158	.470	.097
CNCEQ16	.195	.360	.174	.448
CNCEQ17	.250	.082	.634	.102
CNCEQ18	.500	.395	.219	.132
CNCEQ19	.678	.138	.223	.125
CNCEQ20	.230	.342	.463	.187
CNCEQ21	.483	.520	.085	.108
CNCEQ22	.208	.698	.055	.147
CNCEQ23	.020	.580	.353	.256
CNCEQ24	.151	.702	.131	.095

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones

Tabla 31. *Ítems correspondientes a cada factor*

FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
CNCEQ1 (.537)	CNCEQ21 (.520)	CNCEQ11 (.455)	CNCEQ2 (.676)
CNCEQ5 (.344)	CNCEQ22 (.698)	CNCEQ12 (.614)	CNCEQ3 (.515)
CNCEQ6 (.504)	CNCEQ23 (.580)	CNCEQ14 (.582)	CNCEQ4 (.685)
CNCEQ8 (.650)	CNCEQ24 (.702)	CNCEQ15 (.470)	CNCEQ7 (.650)
CNCEQ9 (.521)		CNCEQ17 (.634)	CNCEQ13 (.425)
CNCEQ10 (.677)		CNCEQ20 (.463)	CNCEQ16 (.448)
CNCEQ18 (.500)			
CNCEQ19 (.678)			

Los resultados muestran que los ítems no saturan en cada factor igual que en la escala original. De esta forma nos encontramos con que:

- Factor 1: recoge los ítems 1, 9 y 18 (pertenecientes a *catastrofización* en la escala original); 5, 8 y 19 (pertenecientes a *sobregeneralización* en la escala original); 6 (perteneciente a *personalización* en la escala original); y el ítem 10 (perteneciente a *abstracción selectiva* en la escala original).
- Factor 2: recoge los ítems 21, 22, 23 y 24, pertenecientes en la escala original a *personalización*, *catastrofización*, *abstracción selectiva* y *sobregeneralización*, respectivamente.
- Factor 3: recoge los ítems 11 y 20 (*catastrofización* en la escala original), 12 y 15 (*abstracción selectiva* en la escala original) y 14 y 17 (pertenecientes a *sobregeneralización* en la escala original).
- Factor 4: recoge los ítems 2, 4, 7 y 16 (de *personalización* en la escala original); y los ítems 3 y 13 (pertenecientes a *abstracción selectiva* en la escala original).

3. VALIDEZ DISCRIMINANTE

El objetivo de los siguientes análisis fue determinar la validez discriminante del CNCEQ, es decir, el objetivo es analizar las diferencias que existen entre los diferentes grupos en el cuestionario total y cada una de sus sub-escalas.

3.1. Diferencias por sexo

Se quiso comparar la media de dos grupos que son independientes (hombres y mujeres) a los que se les mide en la misma variable. Primero se analizó si existen, o no, diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las variables. Para este análisis se utilizó la prueba *t de Student*.

Como se puede observar en la *tabla 32*, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el cuestionario total. Estos resultados sugieren que el sexo no tiene realmente un efecto en la puntuación del CNCEQ total (2.2475 vs. 2.2685; $t_{2038} = -.795$; n.s.). Sin embargo, al mediar las áreas de contenido, se observa en la *tabla 33*, que sí existen diferencias significativas entre hombres y mujeres: social (2.3133 vs. 2.3735; $t_{2038} = -1.909$; $p < .05$), académica (2.2853 vs. 2.3735; $t_{2038} = 1.699$; $p < .05$) y deportiva (2.1440

vs 2.1985; $t_{2038} = -1.886$; $p < .05$), a pesar de que estas distorsiones cognitivas siempre aparecen en mayor medida en mujeres que en hombres.

Tabla 32. Prueba *t*: diferencias por sexo

	HOMBRES ($n = 1034$)		MUJERES ($n = 1006$)		
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	<i>t</i>
Catastrofismo	2.2672	.66381	2.3373	.70940	-2.303*
Sobregeneralización	2.1590	.70600	2.3212	.78827	-4.898*
Personalización	2.1828	.70055	2.0746	.72740	3.422*
Abstracción selectiva	2.3811	.767547	2.3422	.67783	1.300
CNCEQ total	2.2475	.57262	2.2685	.61864	-.795

* $p < .05$

Con respecto a las sub-escalas, en la *tabla 32*, se puede observar que se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en *catastrofización*, *sobregeneralización* y en *personalización*.

En *catastrofización*, se observa que las mujeres presentan en mayor medida este tipo de distorsión (2.2672 vs. 2.3373; $t_{2038} = -2.303$; $p < .05$), sin embargo, en la *tabla 33* se puede apreciar que las diferencias significativas sólo se hayan al mediar el área social (2.2205 vs. 2.3787; $t_{2038} = -4.042$; $p < .05$) y deportiva (1.9947 vs. 2.0716; $t_{2009.008} = -2.067$; $p < .05$), mientras que no se encuentran tales diferencias en el área académica, donde, además, los hombres presentan mayor distorsión (2.5863 vs. 2.5623; $t_{2033} = .576$; n.s.). Por su parte, en *sobregeneralización*, las mujeres presentan mayores niveles de distorsión (2.1590 vs. 2.3215; $t_{2000.416} = -4.891$; $p < .05$), incluso cuando median las áreas de contenido social (2.3845 vs. 2.4836; $t_{2033} = -2.255$; $p < .05$), académica (2.3248 vs. 2.5005; $t_{1993.061} = -3.779$; $p < .05$) y deportiva (1.732 vs. 1.9821; $t_{2037} = -5.431$; $p < .05$). Por el contrario, en *personalización*, los hombres presentan mayores puntuaciones que las mujeres (2.1828 vs. 2.0746; $t_{2038} = 3.422$; $p < .05$). Estos resultados son corroborados cuando median las áreas de contenido: encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en las áreas social (2.0629 vs. 1.9771; $t_{2038} = 2.140$; $p < .05$), la académica (2.1846 vs. 2.0184; $t_{2.034} = 4.060$; $p < .05$) y deportiva (2.279 vs. 2.2237; $t_{2038} = 1.792$; $p < .05$)

Por otro lado, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la sub-escala de *abstracción selectiva* (2.3811 vs. 2.3422; $t_{2038} = 1.300$; n.s.), aunque los hombres presentan mayor promedio. No obstante, al mediar las áreas de contenido, se encuentra (*tabla 33*) con que sí hay diferencias significativas en el área académica (2.0427 vs. 1.8557; $t_{2034} = 5.031$; $p < .05$), y social (2.5845 vs. 2.6577; $t_{2032} = -1.790$; $p < .05$), donde, además, el promedio en las mujeres es mayor; mientras que estas diferencias no existen en el área deportiva (2.4545 vs. 2.4423; $t_{2038} = .306$; n.s.).

Todos estos resultados han sido corroborados por la alternativa no paramétrica de la *prueba t* (*test de Mann-Whitney*) para descartar que la ausencia de normalidad tenga algún tipo de efecto modificador sobre los resultados del análisis realizado (*tabla 34*).

Tabla 33. Prueba t: diferencias por sexo teniendo en cuenta el área de contenido

		HOMBRES (n = 1034)		MUJERES (n = 1006)		t
		Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	
Catastrofismo	Social	2.2205	.87214	2.3787	.89595	-4.042*
	Académico	2.5863	.92449	2.5623	.96155	.576
	Deportivo	1.9947	.80274	2.0716	.87509	-2.067*
		2.3845	.97078	2.4836	1.01163	-2.255*
Sobregeneralización	Académico	2.3248	.98611	2.5005	1.10616	-3.779*
	Deportivo	1.7732	.84499	1.9821	.89163	-5.431*
	Social	2.0629	.88491	1.9771	.92396	2.140*
Personalización	Académico	2.1846	.91256	2.0184	.93397	4.060*
	Deportivo	2.2979	.94128	2.2237	.92890	1.792*
	Social	2.5845	.91897	2.6577	.92430	-1.790*
Abstracción selectiva	Académico	2.0427	.85453	1.8557	.82151	5.031*
	Deportivo	2.4545	.90677	2.4423	.89424	.306
	Social	2.3133	.69836	2.3735	.72555	-1.909*
CNCEQ total	Académico	2.2853	.66618	2.2337	.70489	1.699*
	Deportivo	2.1440	.62494	2.1985	.67910	-1.886*

* $p < .05$

Tabla 34. Prueba Mann Whitney: diferencias por sexo

		U de Mann-Whitney
Catastrofismo	Total	494306.000*
	Área Social	46953.500*
	Área académica	50574.500
	Área deportiva	496850.500
Sobregeneralización	Total	461857.000*
	Área Social	489594.000*
	Área académica	475152.000*
	Área deportiva	443933.500
Personalización	Total	463707.000*
	Área Social	482622.500*
	Área académica	457153.000*
	Área deportiva	495831.500*
Abstracción Selectiva	Total	498592.000
	Área Social	492912.000*
	Área académica	448959.500*
	Área deportiva	514906.000
CNCEQ Total	Total	519479.500
	Área Social	49888.000
	Área académica	490704.000*
	Área deportiva	503208.500*

$p < .05$

3.2. Diferencias en edad

En segundo lugar, se procedió a comprobar, utilizando el ANOVA, si existían diferencias en las puntuaciones del CNCEQ y las sub-escalas según la edad de los sujetos (edad 1 (12-14 años), edad 2 (15-16 años) y edad 3 (17-22 años)).

Tabla 35. ANOVA: diferencias por edad

	EDAD 1 (n = 698)		EDAD 2 (n = 797)		EDAD 3 (n = 552)		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	F
Catastrofismo	2.3310	.70419	2.2812	.68664	2.2941	.66661	1.024
Sobregeneralización	2.1519	.74516	2.2863	.76142	2.2815	.73815	7.174*
Personalización	2.1872	.75291	2.1081	.69520	2.0868	.69292	3.613*
Abstracción selectiva	2.3434	.67525	2.3730	.69613	2.3693	.64887	.402
CNCEQ total	2.2529	.60103	2.2621	.60383	2.2580	.47794	.044

* $p < .05$

Tabla 36. ANOVA por edad al medir las áreas de contenido

	EDAD 1 (n = 698)		EDAD 2 (n = 797)		EDAD 3 (n = 552)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
CATASTROFISMO	Área Social	2.3832	.92256	.87483	2.2314	.85200
	Área académica	2.5764	1.0068	.93097	2.6180	.87369
	Área Deportiva	2.0403	.84016	.93097	2.6180	.87369
SOBREGENERALIZACIÓN	Área Social	2.4525	1.03361	.97607	2.3766	.96069
	Área académica	2.2410	1.03951	.03718	2.5054	.04463
	Área Deportiva	1.7726	.83452	.89295	1.9628	.88522
PERSONALIZACIÓN	Área Social	2.1218	.95798	.88177	1.9265	.85735
	Área académica	2.0898	.93350	.92835	2.2198	.91712
	Área Deportiva	2.3467	.97685	.90558	2.2223	.91901
ABSTRACCIÓN SELECTIVA	Área Social	2.6558	.95685	.92229	2.6053	.87635
	Área académica	1.9288	.85869	.86582	1.9156	.78835
	Área Deportiva	2.4305	.93542	.87820	2.4737	.88766
CNCEQ TOTAL	Área Social	2.4017	.73308	.70234	2.2848	.69590
	Área académica	2.2074	.68492	.70195	2.2882	.66057
	Área Deportiva	2.1500	.65800	.65697	2.2011	.63943

$p < .05$

Como se puede observar en la *tabla 35*, no existen diferencias significativas entre grupos de edad en el cuestionario total. Estos resultados sugieren que la edad no tiene realmente un efecto en la puntuación del CNCEQ total ($F_{2, 2037} = .044$; n.s.). Sin embargo, al tener en cuenta las áreas de contenido (*tabla 36*), aparecen diferencias estadísticamente significativas en el área social ($F_{2, 2037} = 4.324$; $p < .05$) y académica ($F_{2, 2037} = 3.116$; $p < .05$).

En concreto, se encuentran diferencias significativas en el cuestionario total (*tabla 37*), cuando media el área social entre los grupos 1 (12 – 14 años) y 3 (17 – 22 años). Sin embargo, no existen tales diferencias entre los grupos 1 (12 – 14 años) y 2 (15 – 16 años), y 2 (15 – 16 años) y 3 (17 – 22 años).

Tabla 37. *Diferencias entre grupos de edad en el CNCEQ total al mediar las áreas de contenido*

Bonferroni	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Área social	1	2	.07007	.03694	.174	-.0184	.1586
		3	.11692*	.04054	.012	.0198	.2140
	2	1	-.07007	.03694	.174	-.1586	.0184
		3	.04685	.03947	.706	-.0477	.1414
	3	1	-.11692*	.04054	.012	-.2140	-.0198
		2	-.04785	.03947	.706	-.1414	.0477
Área académica	1	2	-.01832	.03389	1.000	-.0995	.0629
		3	-.05110	.03719	.509	-.1402	.0380
	2	1	.01832	.03389	1.000	-.0629	.0995
		3	-.03279	.03621	1.000	-.1196	.0540
	3	1	.05110	.03719	.509	-.0380	.1402
		2	.03279	.03621	1.0000	.0540	.1196

* $p < .05$

Con respecto a las sub-escalas, se puede ver que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en las variables *catastrofización* ($F_{2, 2037} = 1.024$; n.s.), y *abstracción selectiva* ($F_{2, 2037} = .402$; n.s.). No obstante, al mediar las áreas de contenido, sí que aparecen diferencias significativas entre los grupos de edad. En concreto, para *catastrofización* (*tabla 38*), las diferencias entre el grupo 1 (12 – 14 años) y

2 (15 – 16 años), y el grupo 3 (17 – 22 años), aparecen cuando media el área social ($F_{2, 2037} = 5.173$; $p < .05$).

Tabla 38. Diferencias entre grupos de edad en catastrofización al mediar las áreas de contenido

Bonferroni	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Área social	1	2	.11269*	.04598	.043	.0025	.2229
		3	.15184*	.05046	.008	.0309	.2727
	2	1	-.11269*	.04598	.043	-.2229	-.0025
		3	.03915	.04913	1.000	-.0786	.1569
	3	1	-.15184*	.05046	.008	-.2727	-.0309
		2	-.03915	.04913	1.000	-.1569	.0786

* $p < .05$

Tabla 39. Diferencias entre grupos de edad en variable sobregeneralización

	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	1	2	-.13442*	.03893	.002	-.2277	-.0411
		3	-.12963*	.04272	.007	-.2320	-.0273
	2	1	.13442*	.03893	.002	.0411	.2277
		3	.00479	.04160	1.000	-.0949	.1045
	3	1	.12963*	.04272	.007	.0273	.2320
		2	-.00479	.04160	1.000	-.1045	.0949

* $p < .05$

Para la sub-escala de *abstracción selectiva*, siguen sin aparecer diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edad, al mediar las áreas de contenido. Sin embargo, se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad en *sobregeneralización* ($F_{2, 2037} = 7.174$; $p < .05$) y *personalización* ($F_{2, 2037} = 3.613$; $p < .05$). Con respecto a *sobregeneralización* (tabla 39), se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre el grupo 1 de edad (12-14 años) y el grupo 2 (15-16 años) y grupo 3 (17-22 años), sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 2 (15-16 años) y 3 (17-22 años). Al mediar las áreas de contenido, se observa (tabla 40) que las diferencias entre los grupos de edad se dan en las áreas de contenido académico ($F_{2, 2037} = 14.040$; $p < .05$) y deportivo ($F_{2, 2037} = 8.146$; $p < .05$), no siendo así en el área de contenido social.

Tabla 40. Diferencias entre grupos de edad en sobregeneralización al mediar las áreas de contenido

Bonferroni	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Área académica	1	2	-.25459*	.05433	.000	-.3848	-.1244
		3	-.26446*	.5958	.000	-.4072	-.1217
	2	1	.25459*	.05433	.000	.1244	.3848
		3	-.00988	.05794	1.000	-.1487	.1289
	3	1	.26446*	.05958	.000	.1217	.4072
		2	.00988	.05794	1.000	-.1289	.1487
Área deportiva	1	2	-.13448*	.04526	.009	-.2429	-.0260
		3	-.19020*	.04967	.000	-.3092	-.0712
	2	1	.13448*	.04526	.009	.0260	.2429
		3	-.05572	.04835	.748	-.1716	.0601
	3	1	.19020*	.04967	.000	.0712	.3092
		2	.05572	.04835	.748	-.0601	.1716

* $p < .05$

Con respecto a *personalización* (tabla 41), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad 1 (12-14 años) y 3 (17-22 años). Sin embargo, no se hallaron diferencias entre los grupos 1 (12-14 años) y entre los grupos de edad 2 (15-16 años) y 2 (15-16 años) y 3 (17-22 años).

Tabla 41. Diferencias entre grupos de edad en variable personalización

	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	1	2	.07912	.03712	.100	-.0098	.1681
		3	.10044*	.04074	.041	.0028	.1980
	2	1	-.07912	.03712	.100	-.1681	.0098
		3	.02132	.03967	1.000	-.0737	.1164
	3	1	-.10044*	.04074	.041	-.1980	-.0028
		2	-.02132	.03967	1.000	-.1164	.0737

* $p < .05$

Al mediar las áreas de contenido (tabla 42), se observó que las diferencias entre grupos de edad se encuentran en las áreas social ($F_{2, 2037} = 7.550$; $p < .05$) entre el grupo 1 (12-14 años) con el grupo 2 (15-16 años) y con el grupo 3 (17-22 años); y deportiva ($F_{2, 2037} = 4.453$; $p < .05$) entre el grupo 1 (12-14 años) y 2 (15-16 años).

Tabla 42. Diferencias entre grupos de edad en personalización al mediar las áreas de contenido

	(I) grupos de edad	(J) grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Área social	1	2	.12494*	.04685	.023	.0127	.2372
		3	.19528*	.05006	.000	.0721	.3185
	2	1	-.12494*	.04685	.023	-.2372	-.0127
		3	.07034	.05006	.480	-.0496	.1903
	3	1	-.19528*	.05142	.023	-.3185	-.0721
		2	-.07034	.05006	.480	-.1903	.0496
Área deportiva	1	2	.13368*	.05323	.018	.0175	.2499
		3	.12438	.05183	.059	-.0032	.2519
	2	1	-.13368*	.04851	.018	-.2499	-.0175
		3	-.00930	.05323	1.000	-.1335	.1149
	3	1	-.12438	.05323	.059	-.2519	.0032
		2	.00930	.05183	1.000	-.1149	.1335

* $p < .05$

3.3. Diferencias por estudios

Por último, se comprobó, utilizando el ANOVA una vez más, si existían diferencias en las puntuaciones del CNCEQ y las sub-escalas según el nivel de estudios de los sujetos (sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato, formación profesional y otros).

Como se puede observar en la *tabla 43*, existen diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios en el cuestionario total. Estos resultados sugieren que el nivel de estudios tiene un efecto en la puntuación del CNCEQ total ($\chi^2_5 = 12.054$; $p < .05$). Al mediar las áreas de contenido, se hallaron diferencias en las áreas social y académica.

Tabla 43. *Kruskall-Wallis: diferencias por estudios*

		χ
Catastrofización	Total	9.681
	Área social	11.713*
	Área académica	9.146
	Área deportiva	4.994
Sobregeneralización	Total	4.823
	Área social	4.683
	Área académica	3.246
	Área deportiva	7.094
Personalización	Total	22.895*
	Área social	24.819*
	Área académica	3.810
	Área deportiva	4.934
Abstracción Selectiva	Total	10.563
	Área social	6.653
	Área académica	10.754*
	Área deportiva	6.045
CNCEQ Total	Total	12.054*
	Área social	13.727*
	Área académica	10.573*
	Área deportiva	7.688

* $p < .05$

En concreto, y sin mediar las áreas de contenido, se encontraron estas diferencias al comparar: sin estudios vs educación primaria, sin estudios vs educación secundaria, sin estudios vs bachillerato, sin estudios vs formación profesional, educación secundaria vs

bachillerato, y bachillerato vs formación profesional (*tabla 44*). Al mediar el área de contenido social, encontramos diferencias significativas entre sin estudios vs. educación primaria, sin estudios vs. educación secundaria, sin estudios vs. bachillerato, sin estudios vs. formación profesional, educación secundaria vs. bachillerato. Con respecto al área académica, las diferencias se encuentran entre sin estudios vs. educación primaria, sin estudios vs. educación secundaria, sin estudios vs. bachillerato, y sin estudios vs. formación profesional (*tabla 44*).

Tabla 44. Diferencias en el nivel de estudios en CNCEQ Total

		U de Mann-Whitney		
		Total	Área social	Área académica
Sin Estudios	Ed. Primaria	63.500*	62.000*	67.000*
	Ed. Secundaria	704.500*	914.500*	749.000*
	Bachillerato	180.500*	194.500*	179.000*
	F. Profesional	23.000*	24.500*	20.500*
	Otros	24.000*	22.000	22.000
Educación Primaria	Ed. Secundaria	58475.000	56843.000	57611.000
	Bachillerato	16651.000	16600.000	16036.000
	F. Profesional	1175.000	1212.500	1267.000
	Otros	779.500	858.500	778.500
Educación Secundaria	Bachillerato	292487.500*	282812.500*	29333.500
	F. Profesional	21062.000	22463.500	2181.000
	Otros	14537.000	15982.000	13684.000
Bachillerato	F. Profesional	5732.000*	593915.000	5914.000
	Otros	4037.500	434215.000	3722.000
F. Profesional	Otros	350.000	340.500	340.000

* $p < .05$

Con respecto a las sub-escalas (*tabla 43*), se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles de estudios las variables *catastrofización* ($\chi^2_5 = 9.681$; n.s.), *sobregeneralización* ($\chi^2_5 = 4.823$; n.s.) y *abstracción selectiva* ($\chi^2_5 = 10.563$; n.s.). No obstante, al mediar las áreas de contenido, se encontró que sí se encuentran diferencias significativas en *catastrofización* y *abstracción selectiva*.

Con respecto a *catastrofización* (*tabla 45*) se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre educación primaria vs. educación secundaria, educación primaria vs.

bachillerato, educación primaria vs formación profesional, y educación secundaria vs. bachillerato., al mediar el área social.

Tabla 45. *Diferencias en el nivel de estudios en catastrofización al mediar el área social*

		U de Mann-Whitney
Sin Estudios	Educación primaria	116.000
	Educación secundaria	2728.000
	Bachillerato	705.500
	Formación Profesional	65.000
	Otros	42.500
Educación Primaria	Educación secundaria	48679.000*
	Bachillerato	15167.500*
	Formación profesional	1044.000*
	Otros	750.000
Educación Secundaria	Bachillerato	287854.500*
	Formación profesional	22942.000
	Otros	16017.000
Bachillerato	Formación profesional	6165.000
	Otros	4373.000
Formación Profesional	Otros	346.000

* $p < .05$

Tabla 46. *Diferencias en el nivel de estudios en abstracción selectiva al mediar el área académica*

		U de Mann-Whitney
Sin Estudios	Educación primaria	49.000*
	Educación secundaria	799.000*
	Bachillerato	193.000*
	Formación Profesional	19.5000*
	Otros	17.500
Educación Primaria	Educación secundaria	58741.000
	Bachillerato	16480.000
	Formación profesional	1184.000
	Otros	777.500
Educación Secundaria	Bachillerato	292558.000
	Formación profesional	21206.500
	Otros	13994.500
Bachillerato	Formación profesional	5737.500*
	Otros	3847.500
Formación Profesional	Otros	355.500

* $p < .05$

En *abstracción selectiva*, al mediar el área académica (*tabla 46*), se encontraron diferencias entre sin estudios vs. educación primaria, sin estudios vs. educación secundaria, sin estudios vs. bachillerato, sin estudios vs. formación profesional, y bachillerato vs. formación profesional.

Por último, en la *tabla 43*, se observa que existen diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios en *personalización* ($\chi^2_5 = 2.895$; $p < .05$), en concreto entre las variables (*tabla 47*): sin estudios vs educación primaria, sin estudios vs educación secundaria, sin estudios vs bachillerato, sin estudios vs formación profesional, educación primaria vs otros, educación secundaria vs bachillerato, educación secundaria vs otros, bachillerato vs otros, y formación profesional vs otros.

Tabla 47. *Diferencias en el nivel de estudios en personalización*

		U de Mann-Whitney
Sin estudios	Educación primaria	73.500*
	Educación secundaria	1081.000*
	Bachillerato	252.500*
	Formación Profesional	26.000*
	Otros	32.500*
Educación primaria	Educación secundaria	59103.500
	Bachillerato	15669.500
	Formación profesional	1270.000
	Otros	634.500*
Educación secundaria	Bachillerato	278689.500*
	Formación profesional	22658.000
	Otros	10704.000*
Bachillerato	Formación profesional	5847.500
	Otros	2730.500*
Formación profesional	Otros	256.500*

* $p < .05$

Al mediar las áreas de contenido, se vio que estas diferencias se dan sólo en el área social y no en las áreas académica y deportiva. En concreto las diferencias se encuentran entre (*tabla 48*): sin estudios vs. educación primaria, sin estudios vs. educación secundaria, sin estudios vs. bachillerato, sin estudios vs. formación profesional, educación primaria vs. bachillerato, y educación secundaria vs. bachillerato.

Tabla 48. *Diferencias en el nivel de estudios en personalización al mediar el área social*

		U de Mann-Whitney
Sin estudios	Educación primaria	57.500*
	Educación secundaria	933.500*
	Bachillerato	193.000*
	Formación Profesional	20.000*
	Otros	19.000
Educación primaria	Educación secundaria	59055.000
	Bachillerato	15027.000*
	Formación profesional	1317.5000
	Otros	826.000
Educación secundaria	Bachillerato	267175.500*
	Formación profesional	23749.5*
	Otros	14890.000
Bachillerato	Formación profesional	6124.000
	Otros	3709.000*
Formación profesional	Otros	331.000

* $p < .05$

4. VALIDEZ DE CRITERIO

El objetivo de los siguientes análisis fue determinar la validez de criterio del CNCEQ, es decir, establecer el grado de eficacia con que podemos predecir agresividad a partir de las puntuaciones del CNCEQ. Al utilizar como criterios los datos recogidos en una única medida temporal, el tipo que se procedió a determinar fue la validez concurrente (test y criterio se miden a la vez).

4.1. Puntuaciones del CNCEQ y el AQ

Uno de los análisis consistió en determinar la relación existente, utilizando el *coeficiente de correlación de Pearson* (tabla 49), entre las puntuaciones del CNCEQ total y sus sub-escalas con las puntuaciones del AQ y sus respectivas sub-escalas (*agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad*), un instrumento que ha demostrado validez para evaluar agresión.

Tabla 49. Correlaciones entre CNCEQ total-sub-escala y AQ total-sub-escalas

	AGRES. FISICA	AGRES. VERBAL	IRA	HOSTILIDAD	AQ TOTAL
Catastrofismo	.060*	.099*	.190*	.370*	.232*
Sobregeneralización	.065*	.161*	.250*	.399*	.276*
Personalización	.137*	.096*	.167*	.339*	.249*
Abstracción selectiva	.194*	.217*	.260*	.337*	.328*
CNCEQ total	.134*	.170*	.257*	.430*	.322*

* $p < .05$

Sin embargo, las correlaciones entre las variables son bajas, siendo todas menores a .30. Se encontraron correlaciones aceptables entre *hostilidad* y *catastrofización* ($r = .370$), *sobregeneralización* ($r = .399$), *personalización* ($r = .339$), *abstracción selectiva* ($r = .337$) y CNCEQ total ($r = .430$); y entre el AQ total y *abstracción selectiva* ($r = .328$) y CNCEQ total ($r = .322$).

A continuación, una vez analizados los niveles de correlación entre las distintas variables, el análisis de regresión ofrece una serie de modelos de cómo el CNCEQ y sus diferentes sub-escalas predicen los distintos tipos de agresividad que evalúa el cuestionario AQ.

Tabla 50. Modelo de regresión lineal de la agresividad física

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.194	.038	.037	.86714
2	.208	.043	.042	.86473
3	.219	.048	.047	.86281
4	.223	.050	.048	.86219
5	.223	.050	.048	.86215

Modelo 1: (Constante), abstracción selectiva

Modelo 2: (Constante), abstracción selectiva, catastrofismo

Modelo 3: (Constante), abstracción selectiva, catastrofismo, personalización

Modelo 4: (Constante), abstracción selectiva, catastrofización, personalización, CNCEQ Total

Modelo 5: (Constante), abstracción selectiva, personalización, CNCEQ total

En relación con la *agresividad física* (tabla 50) se encontró que son la *abstracción selectiva*, el *catastrofismo*, la *personalización* y el CNCEQ total las que explican un 5% de la variabilidad encontrada. De estas variables, la que aumenta considerablemente el valor predictivo del modelo es la *abstracción selectiva*, encontrándonos un aumento en el poder explicativo del modelo del 3.8%.

En la *tabla 51*, se puede apreciar que la *abstracción selectiva* ($t_{2032} = 7.932$; $p < .05$), la *personalización* ($t_{2032} = 4.608$; $p < .05$) y CNCEQ total ($t_{2032} = -4.837$; $p < .05$) contribuyen al modelo de manera significativa, con un peso predictivo mayor para *abstracción selectiva* ($\beta = .318$; $p < .05$) que para *personalización* ($\beta = .183$; $p < .05$) o el CNCEQ total ($\beta = .278$; $p < .05$).

Tabla 51. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la agresividad física*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
		B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1.745	.070		24.996	.000	1.608	1.881
	Abstracción selectiva	.253	.028	.194	8.911	.000	.197	.309
2	(Constante)	1.846	.075		24.491	.000	1.698	1.994
	Abstracción selectiva	.331	.036	.254	9.194	.000	.261	.402
	Catastrofismo	-.125	.035	-.097	-3.512	.000	-.194	-.055
3	(Constante)	1.807	.076		23.704	.000	1.657	1.956
	Abstracción selectiva	.295	.038	.226	7.804	.000	.221	.369
	Catastrofismo	-.174	.039	-.135	-4.500	.000	-.250	-.098
	Personalización	.113	.035	.091	3.171	.002	.043	.182
4	(Constante)	1.817	.076		23.800	.000	1.667	1.967
	Abstracción selectiva	.388	.060	.297	6.423	.000	.270	.507
	Catastrofismo	-.062	.069	-.048	-.904	.366	-.196	.072
	Personalización	.200	.057	.162	3.532	.000	.089	.312
	CNCEQ Total	-.299	.151	-.202	-1.982	.048	-.596	-.003
5	(Constante)	1.810	.076		23.836	.000	1.661	1.959
	Abstracción selectiva	.416	.052	.318	7.932	.000	.313	.519
	Personalización	.226	.049	.183	4.608	.000	.130	.322
	CNCEQ total	-.412	.085	-.278	-4.837	.000	-.579	-.245

Con respecto a la *agresividad verbal* (tabla 52), el 5.4% de la variabilidad encontrada sería explicada mediante las variables *abstracción selectiva*, *catastrofismo* y *sobregeneralización*. De éstas, la que explica prácticamente la totalidad de la variabilidad encontrada en el modelo es *abstracción selectiva* (4.7%), mientras que *catastrofismo* y *sobregeneralización*, a pesar de contribuir de forma significativa en el modelo, su incremento del poder explicativo es muy bajo.

Tabla 52. Modelo de regresión lineal de la agresividad verbal

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.217	.047	.047	.72086
2	.222	.049	.048	.72027
3	.233	.054	.053	.71856

Modelo 1: (Constante), *abstracción selectiva*

Modelo 2: (Constante), *abstracción selectiva*, *catastrofismo*

Modelo 3: (Constante), *abstracción selectiva*, *catastrofismo*, *sobregeneralización*

En la *tabla 53*, se puede apreciar que la *abstracción selectiva* ($t_{2031} = 7.763$; $p < .05$), el *catastrofismo* ($t_{2031} = -3.474$; $p < .05$) y la *sobregeneralización* ($t_{2031} = 3.272$; $p < .05$) contribuyen al modelo de manera significativa, con un peso predictivo mayor para *abstracción selectiva* ($\beta = .224$; $p < .05$) que para *sobregeneralización* ($\beta = .103$; $p < .05$) o *catastrofismo* ($\beta = -.111$; $p < .05$).

Tabla 53. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la agresividad verbal*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
		B	Error típ.	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2.186	.058		37.666	.000	2.073	2.300
	Abstracción selectiva	.237	.024	.217	10.031	.000	.191	.283
2	(Constante)	2.237	.063		35.608	.000	2.114	2.360
	Abstracción selectiva	.276	.030	.253	9.178	.000	.217	.335
	Catastrofismo	-.062	.030	-.057	-2.083	.037	-.119	-.004
3	(Constante)	2.217	.063		35.231	.000	2.094	2.341
	Abstracción selectiva	.244	.031	.224	7.763	.000	.183	.306
	Catastrofismo	-.119	.034	-.111	-3.474	.001	-.187	-.502
	Sobre-generalización	-.101	.031	.103	3.272	.001	.041	.162

Con respecto a la *irascibilidad* (tabla 54), el 8.1% de la variabilidad encontrada sería explicada mediante las variables *abstracción selectiva* y *sobregeneralización*. De éstas, la que explica prácticamente la totalidad de la variabilidad encontrada en el modelo es *abstracción selectiva* (6.8%), mientras que la *sobregeneralización* incrementa ligeramente el poder explicativo del modelo.

Tabla 54. *Modelo de regresión lineal de la ira*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.260	.068	.067	.74622
2	.285	.081	.080	.74091

Modelo 1: (Constante), abstracción selectiva

Modelo 2: (Constante), abstracción selectiva, sobregeneralización

En la tabla 55, se puede observar que la *abstracción selectiva* ($t_{2033} = 6.446$; $p < .05$), la *sobregeneralización* ($t_{2033} = 5.502$; $p < .05$) contribuyen al modelo de manera

significativa, con un peso predictivo ligeramente mayor para *abstracción selectiva* ($\beta = .172$; $p < .05$) que para *sobregeneralización* ($\beta = .147$; $p < .05$).

Tabla 55. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la ira*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
		B	Error típ.	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2.013	.060		33.525	.000	1.896	2.131
	Abstracción selectiva	.297	.024	.260	12.139	.000	.249	.345
2	(Constante)	1.915	.062		30.741	.000	1.792	2.037
	Abstracción selectiva	.196	.030	.172	6.446	.000	.136	.256
	Sobre generalización	.150	.027	.147	5.502	.000	.097	.204

Para *hostilidad*, se vio, en la *tabla 56*, que son el CNCEQ total y la *sobregeneralización* las variables que explican un 18.7% de la variabilidad encontrada. De estas variables, la que aumenta considerablemente el valor predictivo del modelo es el CNCEQ total (18.4%), mientras que la *sobregeneralización* aumenta muy levemente el poder explicativo del modelo.

Tabla 56. *Modelo de regresión lineal de la hostilidad*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.430	.185	.184	.66544
2	.434	.188	.187	.66421

Modelo 1: (Constante), CNCEQ total

Modelo 2: (Constante), CNCEQ total, *sobregeneralización*

En la *tabla 57*, se aprecia que el CNCEQ total ($t_{2033} = 8.533$; $p < .05$) y la *sobregeneralización* ($t_{2033} = 2.921$; $p < .05$) contribuyen al modelo de manera significativa,

con un peso predictivo mayor para el CNCEQ total ($\beta = .332$; $p < .05$) que para sobregeneralización ($\beta = .114$; $p < .05$).

Tabla 57. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la hostilidad*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
		B	Error típ.	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1.637	.058		28.331	.000	1.524	1.751
	CNCEQ total	.531	.025	.430	21.457	.000	.483	.580
2	(Constante)	1.660	.058		28.518	.000	1.546	1.774
	CNCEQ total	.411	.048	.332	8.535	.000	.316	.505
	Sobregeneralización	.111	.038	.114	2.921	.004	.037	.186

Por último, para el AQ total, se observó, (tabla 58), que son la *abstracción selectiva*, la *sobregeneralización* y la *personalización* las variables que explican un 11.9% de la variabilidad encontrada. De estas variables, la que aumenta considerablemente el valor predictivo del modelo es la *abstracción selectiva* (10.8%), mientras que la *sobregeneralización* y la *personalización* aumentan levemente el poder explicativo del modelo.

Tabla 58. *Modelo de regresión lineal del AQ total*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.328	.108	.107	.56803
2	.343	.117	.116	.56513
3	.345	.119	.119	.56464

Modelo 1: (Constante), abstracción selectiva

Modelo 2: (Constante), abstracción selectiva, sobregeneralización

Modelo 3: (Constante), abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización

En la tabla 59, se aprecia que la abstracción selectiva ($t_{2032} = 8.451$; $p < .05$), la *sobregeneralización* ($t_{2032} = 3.651$; $p < .05$) y la *personalización* ($t_{2032} = 3.651$; $p < .05$)

contribuyen al modelo de manera significativa, con un peso predictivo mayor para abstracción selectiva ($\beta = .235$; $p < .05$) que para *sobregeneralización* ($\beta = .102$; $p < .05$) o personalización ($\beta = .057$; $p < .05$).

Tabla 59. *Parámetros del modelo de regresión lineal del AQ total*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
		B	Error típ.	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1.949	.046		42.636	.000	1.860	2.039
	Abstracción selectiva	.292	.019	.328	15.678	.000	.255	.328
2	(Constante)	1.885	.048		39.680	.000	1.792	1.978
	Abstracción selectiva	.226	.023	.255	9.760	.000	.181	.272
	Sobre-generalización	.098	.021	.122	4.682	.000	.057	.139
	(Constante)	1.862	.049		38.218	.000	1.766	1.957
3	Abstracción selectiva	.208	.025	.235	8.451	.000	.160	.257
	Sobre-generalización	.081	.022	.102	3.651	.000	.038	.125
	Personalización	.048	.023	.057	2.122	.034	.004	.093
	(Constante)							

4.2. Puntuaciones del CNCEQ y el RPQ

Con el RPQ se realizaron los mismos análisis. Para comenzar, se determinó la relación existente, utilizando el *coeficiente de correlación de Pearson* (tabla 60), entre las puntuaciones del CNCEQ total y sus sub-escalas con las puntuaciones del RPQ y sus respectivas sub-escalas (*agresión reactiva* y *agresión proactiva*). En la *tabla 63* se puede apreciar que las correlaciones entre los cuestionarios y sus escalas son estadísticamente significativas. No obstante, las correlaciones entre las variables son bajas, siendo todas menores a .30.

Tabla 60. *Correlaciones entre CNCEQ total-sub-escala y RPQ total-sub-escalas*

	AGRESIÓN REACTIVA	AGRESION PROACTIVA	RPQ TOTAL
Catastrofismo	.156*	.091*	.138*
Sobregeneralización	.202*	.136*	.189*
Personalización	.165*	.124*	.161*
Abstracción selectiva	.270*	.220*	.277*
CNCEQ total	.234*	.171*	.226*

* $p < .05$

A continuación, una vez analizados los niveles de correlación entre las distintas variables, el análisis de regresión ofrece una serie de modelos de cómo el CNCEQ y sus diferentes sub-escalas predicen los distintos tipos de agresividad que evalúa el cuestionario RPQ.

En relación con la *agresión reactiva* (tabla 61) se encontró que son el CNCEQ total, la *personalización*, la *abstracción selectiva*, el *catastrofismo* y la *sobregeneralización* son las variables que explican un 7.5% de la variabilidad encontrada.

Tabla 61. *Modelo de regresión lineal de la agresión reactiva*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.278	.077	.075	.31666

Modelo 1: (Constante), CNCEQ total, personalización, abstracción selectiva, catastrofismo, sobregeneralización

En la *tabla 62*, se puede apreciar que el *catastrofismo* ($t_{2029} = .264$; n.s.), la *sobregeneralización* ($t_{2029} = .682$; n.s.), la *personalización* ($t_{2029} = .488$; n.s.), la *abstracción selectiva* ($t_{2029} = 1.118$; n.s.) y el CNCEQ total ($t_{2029} = -.456$; n.s.) no contribuyen al modelo de manera significativa.

Tabla 62. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la agresión reactiva*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Intervalo de confianza de 95% para B		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	.517	.028	18.416	.000	.462	.572
	Catastrofismo	.049	.185	.102	.264	-.313	.411
	Sobre-generalización	.125	.183	.286	.682	-.234	.484
	Personalización	.090	.184	.195	.488	-.271	.450
	Abstracción selectiva	.205	.183	.422	1.118	-.155	.565
	CNCEQ total	-.334	.733	-.605	-.456	-.1772	1.103

Con respecto a la *agresión proactiva*, (tabla 63) se encontró que son el CNCEQ total, la *personalización*, la *abstracción selectiva* el *catastrofismo* y la *sobregeneralización* son las variables que explican un 5.6% de la variabilidad encontrada.

Tabla 63. *Modelo de regresión lineal de la agresión proactiva*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.242	.058	.056	.26502

Modelo 1: (Constante), CNCEQ total, personalización, abstracción selectiva, catastrofismo, sobregeneralización

En la *tabla 64*, se puede apreciar que el *catastrofismo* ($t_{2029} = .137$; n.s.), la *sobregeneralización* ($t_{2029} = .555$; n.s.), la *personalización* ($t_{2029} = .482$; n.s.), la *abstracción selectiva* ($t_{2029} = 1.124$; n.s.) y el CNCEQ total ($t_{2029} = -.439$; n.s.) no contribuyen al modelo de manera significativa.

Tabla 64. *Parámetros del modelo de regresión lineal de la agresión proactiva*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B	Error típ.	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	.100	.023	4.264	.000	.054	.146
	Catastrofismo	.021	.155	.053	.137	-.282	.324
	Sobre-generalización	.085	.153	.235	.555	-.215	.386
	Personalización	.074	.154	.195	.482	-.228	.376
	Abstracción selectiva	.173	.154	.428	1.124	-.129	.474
	CNCEQ total	-.269	.614	-.588	-.439	-1.472	.934

Por último, se analizó el cuestionario total (*tabla 65*). Se puede ver que son el CNCEQ total, la *personalización*, la *abstracción selectiva*, el *catastrofismo* y la *sobregeneralización* son las variables que explican un 8% de la variabilidad encontrada.

Tabla 65. *Modelo de regresión lineal del RPQ total*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.287	.082	.080	.25971

Modelo 1: (Constante), CNCEQ total, personalización, abstracción selectiva, catastrofismo, sobregeneralización

En la *tabla 66*, se aprecia que el *catastrofismo* ($t_{2029} = .244$; n.s.), la *sobregeneralización* ($t_{2029} = .710$; n.s.), la *personalización* ($t_{2029} = .557$; n.s.), la *abstracción selectiva* ($t_{2029} = 1.265$; n.s.) y el CNCEQ total ($t_{2029} = -.516$; n.s.) no contribuyen al modelo de manera significativa.

Tabla 66. *Parámetros del modelo de regresión lineal del RPQ total*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	.299	.023	13.008	.000	.254	.345
	Catastrofismo	.037	.151	.094	.244	-.260	.334
	Sobre-generalización	.107	.150	.296	.710	-.188	.401
	Personalización	.084	.151	.222	.557	-.212	.380
	Abstracción selectiva	.190	.150	.476	1.265	-.105	.485
	CNCEQ total	-.310	.601	-.682	.516	-1.489	.869

5. BAREMOS

Por último, se calcularon los baremos para la interpretación individualizada del cuestionario en su aplicación a casos en los que se realice una evaluación psicológica en la que las distorsiones cognitivas auto-humillantes sean relevantes.

5.1. Baremos por sexo

A continuación se presentan los baremos del cuestionario utilizando los percentiles para el cuestionario total (*tabla 67*) y cada una de las sub-escalas: *catastrofización* (*tabla 68*), *sobregeneralización* (*tabla 69*), *personalización* (*tabla 70*) y *abstracción selectiva* (*tabla 71*).

Tabla 67. Baremos CNCEQ Total según sexo

PUNTUACIONES DIRECTAS				
	HOMBRES	MUJERES	Total	
P ₅	31.57	32	32	P ₅
P ₁₀	35	36	36	P ₁₀
P ₂₀	42	41.40	42	P ₂₀
P ₃₀	46	46	46	P ₃₀
P ₄₀	50	50	50	P ₄₀
P ₅₀	53	53	53	P ₅₀
P ₆₀	57	56	56	P ₆₀
P ₇₀	60	60	60	P ₇₀
P ₈₀	64	65	65	P ₈₀
P ₉₀	72	73	72	P ₉₀
P ₉₅	77	81.65	79	P ₉₅
Media	53.5861	54.2078	53.8926	Media
Dt	13.82622	14.83567	14.33276	Dt
N	1034	1006	2040	N

Tabla 68. Baremos catastrofismo según sexo

PUNTUACIONES DIRECTAS				
	HOMBRES	MUJERES	Total	
P ₅	31.57	32	32	P ₅
P ₁₀	35	36	36	P ₁₀
P ₂₀	42	41.40	42	P ₂₀
P ₃₀	46	46	46	P ₃₀
P ₄₀	50	50	50	P ₄₀
P ₅₀	53	53	53	P ₅₀
P ₆₀	57	56	56	P ₆₀
P ₇₀	60	60	60	P ₇₀
P ₈₀	64	65	65	P ₈₀
P ₉₀	72	73	72	P ₉₀
P ₉₅	77	81.65	79	P ₉₅
Media	53.5861	54.2078	53.8926	Media
Dt	13.82622	14.83567	14.33276	Dt
N	1034	1006	2040	N

Tabla 69. Baremos Sobregeneralización según sexo

PUNTUACIONES DIRECTAS				
	HOMBRES	MUJERES	Total	
P₅	6	7	6.05	P₅
P₁₀	7	8	8	P₁₀
P₂₀	9	10	9	P₂₀
P₃₀	10	11	11	P₃₀
P₄₀	12	12	12	P₄₀
P₅₀	13	13	13	P₅₀
P₆₀	14	15	14	P₆₀
P₇₀	15	16	16	P₇₀
P₈₀	16	18	17	P₈₀
P₉₀	18	20	19	P₉₀
P₉₅	20.25	23	22	P₉₅
Media	12.8849	13.8598	13.3657	Media
Dt	4.26305	4.72837	4.52378	Dt
N	1034	1006	2040	N

Tabla 70. Baremos Personalización según sexo

PUNTUACIONES DIRECTAS				
	HOMBRES	MUJERES	Total	
P₅	7	6	7	P₅
P₁₀	8	7	7	P₁₀
P₂₀	9	9	9	P₂₀
P₃₀	10	10	10	P₃₀
P₄₀	12	11	11	P₄₀
P₅₀	13	12	12	P₅₀
P₆₀	14	13	13	P₆₀
P₇₀	15	14	15	P₇₀
P₈₀	16	16	16	P₈₀
P₉₀	19	18	18	P₉₀
P₉₅	20	20	20	P₉₅
Media	13.0348	12.3907	12.7172	Media
Dt	4.18715	4.34913	4.27889	Dt
N	1034	1006	2040	N

Tabla 71. Baremos Abstracción selectiva según sexo

PUNTUACIONES DIRECTAS				
	HOMBRES	MUJERES	Total	
P₅	7	8	8	P₅
P₁₀	9	9	9	P₁₀
P₂₀	11	11	11	P₂₀
P₃₀	12	12	12	P₃₀
P₄₀	13	13	13	P₄₀
P₅₀	14	14	14	P₅₀
P₆₀	15	15	15	P₆₀
P₇₀	16	16	16	P₇₀
P₈₀	18	17	17	P₈₀
P₉₀	20	19	19	P₉₀
P₉₅	21	21	21	P₉₅
Media	14.1741	14.0010	14.0887	Media
Dt	4.08462	4.06355	4.07416	Dt
N	1034	1006	2040	N

5.2. Baremos por edad

A continuación se presentan los baremos del cuestionario utilizando los percentiles para el cuestionario total (*tabla 72*) y cada una de las sub-escalas: *catastrofización* (*tabla 73*), *sobregeneralización* (*tabla 74*), *personalización* (*tabla 75*) y *abstracción selectiva* (*tabla 76*).

Tabla 72. Baremos CNCEQ Total según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	31	32	33	32	P₅
P₁₀	35	35	37	36	P₁₀
P₂₀	42	42	42	42	P₂₀
P₃₀	46	46	46	46	P₃₀
P₄₀	50	50	50	50	P₄₀
P₅₀	53	53	53	53	P₅₀
P₆₀	56	56	57	56	P₆₀
P₇₀	60	60	60	60	P₇₀
P₈₀	64	65	65	65	P₈₀
P₉₀	72	73	71.80	72	P₉₀
P₉₅	80	79	77.80	79	P₉₅
Media	53.6562	53.9558	54.1016	53.8926	Media
Dt	14.58264	14.46740	13.83213	14.33276	Dt
N	698	791	551	2040	N

Tabla 73. Baremos catastrofismo según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	7	7	8	7.05	P₅
P₁₀	9	8	9	9	P₁₀
P₂₀	10	10	10	10	P₂₀
P₃₀	11	11	11	11	P₃₀
P₄₀	13	12	13	12	P₄₀
P₅₀	14	13	13	13	P₅₀
P₆₀	15	14	14	14	P₆₀
P₇₀	16	16	16	16	P₇₀
P₈₀	17	17	17	17	P₈₀
P₉₀	19	19	19	10	P₉₀
P₉₅	21	21	21	21	P₉₅
Media	13.8481	13.5980	13.7368	13.7211	Media
Dt	4.27429	4.11083	4.00019	4.13767	Dt
N	698	791	551	2040	N

Tabla 74. Baremos sobregeneralización según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS					
	12-14 AÑOS	15-17 AÑOS	17-22 AÑOS	Total	
P₅	6	7	7	6.05	P₅
P₁₀	7	8	8	8	P₁₀
P₂₀	9	10	10	9	P₂₀
P₃₀	10	11	11	11	P₃₀
P₄₀	11	12	12	12	P₄₀
P₅₀	12	13	13	13	P₅₀
P₆₀	13.40	14	14	14	P₆₀
P₇₀	15	16	16	16	P₇₀
P₈₀	17	18	17	17	P₈₀
P₉₀	18	20	20	20	P₉₀
P₉₅	21	22	22	22	P₉₅
Media	12.8309	13.6195	13.6788	13.3657	Media
Dt	4.50825	4.56243	4.43378	4.52378	Dt
N	698	791	551	2040	N

Tabla 75. Baremos personalización según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22 AÑOS	Total	
P₅	6	7	6	7	P₅
P₁₀	8	8	7	7	P₁₀
P₂₀	9	9	9	9	P₂₀
P₃₀	10	10	10	10	P₃₀
P₄₀	11	11	11	11	P₄₀
P₅₀	13	12	12	12	P₅₀
P₆₀	14	13	13	12	P₆₀
P₇₀	15	14	14	15	P₇₀
P₈₀	16	16	16	16	P₈₀
P₉₀	19	18	18	18	P₉₀
P₉₅	22	20	20	20	P₉₅
Media	13.0444	12.5765	12.5045	12.7172	Media
Dt	4.51804	4.13493	4.15205	4.27889	Dt
N	698	791	551	2040	N

Tabla 76. Baremos abstracción selectiva según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	7.95	7	8	8	P₅
P₁₀	9	9	9	9	P₁₀
P₂₀	11	11	11	11	P₂₀
P₃₀	12	12	12	12	P₃₀
P₄₀	13	13	13	13	P₄₀
P₅₀	14	14	14	14	P₅₀
P₆₀	15	15	15	15	P₆₀
P₇₀	16	16	16	16	P₇₀
P₈₀	17	17.60	17	17	P₈₀
P₉₀	19	20	19	19	P₉₀
P₉₅	21	21.40	20.40	21	P₉₅
Media	13.9327	14.1618	14.1815	14.0887	Media
Dt	4.06155	4.21830	3.87623	4.07416	Dt
N	698	791	551	2040	N

5.3. Baremos por edad y sexo

A continuación se presentan los baremos del cuestionario utilizando los percentiles en hombres para el cuestionario total (*tabla 77*) y cada una de las sub-escalas: *catastrofización* (*tabla 78*), *sobregeneralización* (*tabla 79*), *personalización* (*tabla 80*) y *abstracción selectiva* (*tabla 81*) y en mujeres para el cuestionario total (*tabla 82*) y cada una de las sub-escalas: *catastrofización* (*tabla 83*), *sobregeneralización* (*tabla 84*), *personalización* (*tabla 85*) y *abstracción selectiva* (*tabla 86*).

Tabla 77. Baremos CNCEQ total en hombres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS HOMBRES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22 AÑOS	Total	
P₅	30.20	32	32	31.75	P₅
P₁₀	35	36	35.20	35	P₁₀
P₂₀	41.80	42	42.40	42	P₂₀
P₃₀	45	47	47.60	46	P₃₀
P₄₀	49	51	51	50	P₄₀
P₅₀	52	53.50	54	53	P₅₀
P₆₀	55.40	57	58	57	P₆₀
P₇₀	60	60	61	60	P₇₀
P₈₀	64	64	65	64	P₈₀
P₉₀	71	73	71	72	P₉₀
P₉₅	76	79	77	77	P₉₅
Media	52.8264	53.9275	54.0996	53.5861	Media
Dt	14.02544	13.99095	13.31002	13.82622	Dt
N	363	400	271	1034	N

Tabla 78. Baremos catastrofismo en hombres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS HOMBRES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22 AÑOS	Total	
P₅	7	8	8	7	P₅
P₁₀	8	8.10	9	9	P₁₀
P₂₀	10	10	10	10	P₂₀
P₃₀	11	11	11	11	P₃₀
P₄₀	12	12	13	12	P₄₀
P₅₀	13	13	13	13	P₅₀
P₆₀	14	14	14	14	P₆₀
P₇₀	15	15	15	15	P₇₀
P₈₀	17	17	17	17	P₈₀
P₉₀	19	19	19	19	P₉₀
P₉₅	20	21	20.40	21	P₉₅
Media	13.435	13.4575	13.6089	13.4923	Media
Dt	4.08595	4.01041	3.89327	4.00368	Dt
N	363	400	271	1043	N

Tabla 79. Baremos sobregeneralización en hombres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS HOMBRES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	6	7	6.60	6	P₅
P₁₀	7	8	8	7	P₁₀
P₂₀	9	9	9	9	P₂₀
P₃₀	10	11	11	11	P₃₀
P₄₀	11	12	12	12	P₄₀
P₅₀	12	13	13	13	P₅₀
P₆₀	13	14	14	14	P₆₀
P₇₀	14	15	15.40	15.40	P₇₀
P₈₀	16	17	17	17	P₈₀
P₉₀	18	19	19	19	P₉₀
P₉₅	19.80	21	21	21	P₉₅
Media	12.3110	13.1725	13.2251	12.8849	Media
Dt	4.14988	4.34914	4.22044	4.26305	Dt
N	363	400	217	1034	N

Tabla 80. Baremos personalización en hombres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS HOMBRES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	6.20	7	7	7	P₅
P₁₀	8	8	7	8	P₁₀
P₂₀	9	9	9	9	P₂₀
P₃₀	10	11	10	10	P₃₀
P₄₀	12	12	12	12	P₄₀
P₅₀	13	13	13	13	P₅₀
P₆₀	14	14	14	14	P₆₀
P₇₀	15	15	15	15	P₇₀
P₈₀	16	16	17	16	P₈₀
P₉₀	19	19	18	19	P₉₀
P₉₅	21	21	20	20	P₉₅
Media	13.1102	13.0125	12.9668	13.0348	Media
Dt	4.33271	4.18762	3.99755	4.18715	Dt
N	363	400	271	1034	N

Tabla 81. Baremos abstracción selectiva en hombres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS HOMBRES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22 AÑOS	Total	
P₅	7	7.05	8	7	P₅
P₁₀	9	9	9	9	P₁₀
P₂₀	11	11	11	11	P₂₀
P₃₀	12	12	12	12	P₃₀
P₄₀	13	13	13	13	P₄₀
P₅₀	14	14	14	14	P₅₀
P₆₀	15	15	15	15	P₆₀
P₇₀	16	17	16	16	P₇₀
P₈₀	17	18	18	18	P₈₀
P₉₀	19	20	19.80	20	P₉₀
P₉₅	21	21	21	21	P₉₅
Media	13.9587	14.2850	14.2989	14.1741	Media
Dt	4.08013	4.13419	4.01976	4.08462	Dt
N	363	400	271	1034	N

Tabla 82. Baremos CNCEQ total en mujeres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS MUJERES					
	12-15 AÑOS	16-18 AÑOS	19-22 AÑOS	Total	
P₅	31	30	35.05	32	P₅
P₁₀	36	35	38	36	P₁₀
P₂₀	42	41	41	41.40	P₂₀
P₃₀	47	46	45	46	P₃₀
P₄₀	50	49	49	50	P₄₀
P₅₀	53	53	52	53	P₅₀
P₆₀	57	56	55.60	56	P₆₀
P₇₀	60	61	59.70	60	P₇₀
P₈₀	65.80	65	65.80	65.60	P₈₀
P₉₀	74.40	72.80	72	73	P₉₀
P₉₅	83.20	79	80	81.65	P₉₅
Media	54.5552	53.9847	54.1036	54.2078	Media
Dt	15.13302	14.95702	14.34321	14.83567	Dt
N	335	391	280	1006	N

Tabla 83. Baremos catastrofismo en mujeres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS MUJERES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	8	7	8	8	P₅
P₁₀	9	8	9	9	P₁₀
P₂₀	10	10	10	10	P₂₀
P₃₀	12	11	11	11	P₃₀
P₄₀	13	12	12	13	P₄₀
P₅₀	14	14	13	14	P₅₀
P₆₀	15	14.20	15	15	P₆₀
P₇₀	16	16	16	16	P₇₀
P₈₀	18	17	17	17	P₈₀
P₉₀	20	20	19	20	P₉₀
P₉₅	23	21	21	21	P₉₅
Media	14.2866	13.7417	13.8607	13.9567	Media
Dt	4.43398	4.2137	4.10418	4.26020	Dt
N	335	391	280	1006	N

Tabla 84. Baremos sobregeneralización en mujeres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS MUJERES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	7	7	7	7	P₅
P₁₀	7	8	8.10	8	P₁₀
P₂₀	9	10	10	10	P₂₀
P₃₀	10	11	12	11	P₃₀
P₄₀	12	12	12	12	P₄₀
P₅₀	13	14	14	13	P₅₀
P₆₀	14	15	15	15	P₆₀
P₇₀	16	17	16	16	P₇₀
P₈₀	17	18	17	18	P₈₀
P₉₀	20	21	20	20	P₉₀
P₉₅	22.20	22.40	23	23	P₉₅
Media	13.3910	14.0767	14.1179	13.8598	Media
Dt	4.81072	4.73278	4.59590	4.72837	Dt
N	335	391	280	1006	N

Tabla 85. Baremos personalización en mujeres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS MUJERES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	6	6	6	6	P₅
P₁₀	7	7	7	7	P₁₀
P₂₀	9	9	8	9	P₂₀
P₃₀	10	10	9	10	P₃₀
P₄₀	11	11	11	11	P₄₀
P₅₀	12	12	12	12	P₅₀
P₆₀	14	13	12	13	P₆₀
P₇₀	15	14	14	14	P₇₀
P₈₀	16	15	15	16	P₈₀
P₉₀	19	17	17	18	P₉₀
P₉₅	23	19	20	20	P₉₅
Media	12.9731	12.1304	12.0571	12.3907	Media
Dt	4.71612	4.03712	4.25575	4.34913	Dt
N	335	391	280	1006	N

Tabla 86. Baremos abstracción selectiva en mujeres según edad

PUNTUACIONES DIRECTAS MUJERES					
	12-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-22AÑOS	Total	
P₅	8	7	8	8	P₅
P₁₀	9	9	10	9	P₁₀
P₂₀	10.20	10	11	11	P₂₀
P₃₀	12	11	12	12	P₃₀
P₄₀	12.40	13	13	13	P₄₀
P₅₀	14	14	14	14	P₅₀
P₆₀	15	15	15	15	P₆₀
P₇₀	16	16	16	16	P₇₀
P₈₀	17	17	17	17	P₈₀
P₉₀	19	19.80	18.90	19	P₉₀
P₉₅	21	22	20	21	P₉₅
Media	13.9045	14.0358	14.0679	14.0010	Media
Dt	4.04723	4.30429	3.37577	4.06355	Dt
N	335	391	280	1041	N

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación ha sido adaptar psicométricamente el CNCEQ en población española infanto-juvenil procedente de diversos colegios de España. Esto se logró al determinar la fiabilidad, la validez de constructo, discriminante y predictiva de dicho cuestionario. A vista general, los resultados sugieren que el CNCEQ posee buenas propiedades psicométricas, es decir, el instrumento presenta valores aceptables para la medida de distorsiones cognitivas auto-humillantes en niños y adolescentes.

En primer lugar, el *Análisis Factorial* aplicado mostró una estructura del test compuesta por cuatro dimensiones, sin embargo, los resultados mostraron que los ítems no saturan en cada factor igual que en la escala original. De esta forma se encontró que:

- Factor 1: recoge los ítems 1, 9 y 18 (pertenecientes a *catastrofización* en la escala original); 5, 8 y 19 (pertenecientes a *sobregeneralización* en la escala original); 6 (perteneciente a *personalización* en la escala original); y el ítem 10 (perteneciente a *abstracción selectiva* en la escala original).
- Factor 2: recoge los ítems 21, 22, 23 y 24, pertenecientes en la escala original a *personalización*, *catastrofización*, *abstracción selectiva* y *sobregeneralización*, respectivamente.
- Factor 3: recoge los ítems 11 y 20 (*catastrofización* en la escala original), 12 y 15 (*abstracción selectiva* en la escala original) y 14 17 (pertenecientes a *sobregeneralización* en la escala original).
- Factor 4: recoge los ítems 2, 4, 7 y 16 (de *personalización* en la escala original); y los ítems 3 y 13 (pertenecientes a *abstracción selectiva* en la escala original).

Muy pocos estudios han examinado la validez psicométrica del CNCEQ, a pesar de que este cuestionario es frecuentemente utilizado para medir estos errores cognitivos. En el estudio psicométrico inicial del cuestionario, Leitenberg et al. (1986) no realizaron un examen de la estructura factorial del instrumento. De hecho, Cole y Turner (1993)

fueron los primeros en investigar la estructura factorial del mismo, utilizando un *Análisis Factorial Confirmatorio*. Contrariamente a las expectativas, se encontró un modelo que incluía un solo factor general. Como consecuencia, Messer et al. (1994) investigaron la validez factorial del CNCEQ usando un *Análisis de Componentes Principales*. Los resultados mostraron la existencia de un solo factor, lo que sugiere la presencia de un constructo mundial indicativo de procesamiento negativo. Más recientemente, Stewart et al. (2004) aplicaron el CNCEQ para comparar dos muestras: una de adolescentes estadounidenses con otra muestra de adolescentes japoneses. De manera consistente a los estudios previos, el análisis factorial indicó que todos los ítems saturaban en un único factor. Los análisis estadísticos de estas investigaciones no apoyaron la composición multidimensional propuesta por Leitenberg et al. (1986), que representa cuatro errores cognitivos. No obstante, el hallazgo de una estructura factorial única no niega el valor heurístico del instrumento, sino más bien, se sugiere que la medida no está aislando con éxito los distintos estilos de errores cognitivos negativos en su formato actual.

El único estudio (junto con la presente investigación) que ofrece apoyo empírico a la separación de errores cognitivos, ha sido el realizado por Karakaya et al. (2007), quienes realizaron una adaptación del CNCEQ en población turca. Usando un *Análisis de Componentes Principales*, los autores identificaron tres factores que etiquetaron como *catastrofización* (que incluía los ítems 1, 8, 9, 11, 14, 18, 20 y 22), *abstracción selectiva* (compuesto por los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 16, 17, 21 y 24) y *personalización* (formado por los ítems 3, 10, 12, 13, 15, 19 y 23). Los ítems asociados con el cuarto error cognitivo (*sobregeneralización*) saturaron en los otros tres factores. En resumen, los análisis de los factores no han apoyado la presencia de los errores cognitivos separados, tal y como se presentaron en el CNCEQ original. Los diferentes hallazgos encontrados en las investigaciones podrían señalar problemas metodológicos relacionados con la traducción (ya que el lenguaje juega un papel importante en la formación y expresión del pensamiento), o bien podrían estar relacionados con que los procesos cognitivos pueden llegar a variar de unas culturas a otras, a pesar de que se crea que tales procesos son universales.

Por otra parte, la segunda hipótesis de este estudio aventuraba que el CNCEQ total y cada una de las sub-escalas que lo conforman obtendrían un grado de fiabilidad aceptable en la población infantojuvenil española. Como se pudo observar, los coeficientes

de fiabilidad obtenidos fueron elevados tanto para la escala total ($\alpha = .885$), como para las sub-escalas *sobregeneralización* ($\alpha = .717$) y *personalización* ($\alpha = .706$). No obstante, para las sub-escalas de *catastrofismo* ($\alpha = .671$), y *abstracción selectiva* ($\alpha = .615$) la consistencia interna fue menor. Los coeficientes de fiabilidad que se obtuvieron en la muestra original fueron ligeramente superiores a los obtenidos en la muestra española (CNCEQ total ($\alpha = .89$), *catastrofismo* ($\alpha = .73$), *sobregeneralización* ($\alpha = .76$), *personalización* ($\alpha = .77$)); sin embargo, en el caso de la *abstracción selectiva* ($\alpha = .59$), ésta fue menor en la versión psicométrica realizada por Leitenberg et al. (1986).

Con respecto a la validez discriminante, se estudiaron las diferencias que existían en las puntuaciones del CNCEQ total y las sub-escalas en función del sexo, edad y nivel de estudios. Al estudiar diferencias por sexo, se observó que las mujeres cometen mayor número de distorsiones cognitivas que los varones, en concreto y significativamente del tipo *catastrofización* y *sobregeneralización*, donde, al mediar las áreas de contenido, se encontró que las chicas presentan promedios más elevados en las áreas social y deportiva. Por su parte, los chicos presentan puntuaciones más elevadas en la sub-escala *personalización*, independientemente del área de contenido que se quiera estudiar.

El error más frecuentemente señalado en ambos sexos fue la *abstracción selectiva*, aunque no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos; no obstante, al mediar las áreas de contenido se han encontrado diferencias significativas en las áreas social (donde las mujeres presentan un promedio mayor), y académica (donde los varones presentan mayor puntuación). Por otro lado, el error menos común en los hombres sería la *sobregeneralización* y en las mujeres, la *personalización*. Estos resultados van en la misma línea a los obtenidos en el estudio de Karakaya et al. (2007), Kingery et al. (2009), Cannon y Weems (2010) o Pereira, Barros y Mendoça (2012), en donde las chicas mostraron niveles más elevados de distorsiones cognitivas en el CNCEQ total que los chicos. Los pocos estudios previos que han explorado las diferencias de género en el CNCEQ, y en congruencia con la investigación aquí realizada, no han hallado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el cuestionario total, tal y como ocurre en la investigación realizada por Leitenberg et al. (1986). Esto puede ser debido a que las diferencias de género en las distorsiones cognitivas no emergen hasta la adolescencia, lo cual es consistente con la edad en la que las diferencias de género en depresión, por ejemplo, aparecen por primera vez (aproximadamente entre los 13-15 años)

(Kingery et al., 2009). Estos datos se podrían ver apoyados por la investigación de Rodríguez-Testal et al. (2001), quienes concluyeron que las mujeres cometían más distorsiones cognitivas del tipo *abstracción selectiva*, *tremendismo* y *razonamiento emocional*, mientras que los chicos sólo destacarían en los *debería*. Pereira et al. (2012), por su parte, concluyeron que existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en *catastrofización*, *personalización* y *abstracción selectiva*.

Se sabe que las chicas son más propensas a los trastornos internalizantes que los chicos (Karakaya et al., 2007). En concreto, las cifras de los problemas depresivos, por ejemplo, son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres en la mayor parte de los estudios realizados (Vázquez y Sanz, 2008), esto podría explicar nuestros resultados: ya que las chicas presentan en mayor medida este tipo de problemas que, como se ha visto, pueden surgir y mantenerse por la presencia de distorsiones cognitivas, es razonable que las mujeres presenten mayor cantidad de distorsiones, aunque las diferencias entre sexos no sean significativas. Que las mujeres presenten en mayor medida *catastrofización* o *sobregeneralización* podría sugerir que las mujeres tienden más a dramatizar y ser más emotivas, mientras que los varones tenderían más a la exigencia y a la polarización. Estudios epidemiológicos muestran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en mujeres y, una posible explicación para esto es la diferencia entre hombres y mujeres en factores que puedan promover un incremento de la vulnerabilidad psicológica en tales trastornos (Pereira et al., 2012). Por ejemplo, los resultados de un estudio longitudinal realizado con 1100 sujetos revelaron que los estilos de afrontamiento rumiativo son más comunes en mujeres y que estos estilos cognitivos pueden explicar las diferencias de género en depresión (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayso, 1999; citado por Pereira et al., 2012). Por lo tanto, de la misma manera que estas diferencias entre hombres y mujeres en los estilos de afrontamiento pueden explicar las diferencias de género en los trastornos internalizantes, es posible que una mayor frecuencia de errores cognitivos en mujeres pueda contribuir a esta diferencia.

Es importante destacar también, que a pesar de no hallar diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el CNCEQ total, al mediar las áreas de contenido sí se encontraron diferencias entre ambos grupos. En concreto, y al igual que en la investigación realizada por Leitenberg et al. (1986), las chicas puntuaron más alto en el área social y deportiva, mientras que los chicos, presentaron mayor

promedio en el área académica. Posiblemente estas diferencias encontradas al mediar las áreas de contenido puedan explicarse apelando a aspectos psicosociales como pueden ser el apoyo social, las expectativas sociales que ejercen un efecto diferencial en hombres y mujeres, o la presencia de sucesos estresantes que surgen a lo largo de los momentos vitales. El fuerte apoyo de las distorsiones cognitivas por las adolescentes en el dominio social es consistente, además, con las investigaciones previas realizadas por Nolen-Hoeksema y Girgus (1994, citado por Kingery et al., 2009), quienes indican que las chicas tienen una gran orientación hacia las relaciones sociales que, en combinación con un estilo de afrontamiento rumiativo, pueden provocar un alto riesgo de depresión cuando ellas encuentran cambios relacionados con el rol en la adolescencia.

Además de las diferencias de sexo con respecto a las distorsiones, también se estudió si existían diferencias significativas entre los tres grupos de edad. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre los grupos en el cuestionario total, sin embargo, al analizar las distorsiones cognitivas por separado, se encontraron diferencias en *sobregeneralización* y *personalización*; por el contrario, en *pensamiento catastrófico* y *abstracción selectiva*, no se hallaron tales diferencias entre grupos. Estos resultados van en la línea del estudio realizado por Kingery et al. (2009) o por Epkins (1998) en los que no se hallaron diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, ni siquiera al mediar las áreas de contenido.

La distorsión cognitiva más común en los tres grupos de edad fue la *abstracción selectiva* mientras que el error menos común fue la *sobregeneralización* en los jóvenes de 12 a 14 años y la *personalización* en los jóvenes de 15 a 22 años. En el cuestionario total se encontró que los mayores promedios se obtuvieron en los sujetos del segundo grupo de edad (15-16 años), siendo los jóvenes de menor edad (12-14 años) los que muestran menos errores cognitivos. Estos resultados están en la línea de algunos estudios previos, como el de Cole y Turner (1993), Cannon y Weems (2010), Pereira et al. (2010) o el estudio realizado por Rodríguez-Testal et al. (2002) en el que se sugiere que las distorsiones cognitivas son más frecuentes en los jóvenes de media adolescencia que en los sujetos de entre 12 y 14 años. Sin embargo, los resultados son inconsistentes con la mayoría de los estudios, en los que se sugiere que los niños más jóvenes son los que presentan mayor cantidad de distorsiones cognitivas, como es el caso del estudio realizado por Karakaya et

al. (2007) o Leitenberg et al (1986), quienes señalaron que se observa un mayor número de distorsiones cognitivas entre los chicos más jóvenes (9-10 años).

La aparición de un mayor número de distorsiones cognitivas a partir de los 15 años, coincide con un momento de promoción a etapas superiores en el sistema educativo (estudios de bachillerato), por lo tanto, pudiera ser que estas distorsiones cognitivas respondan a las necesidades, demandas y preocupaciones que atraviesan los jóvenes en estas etapas de desarrollo. En esta línea, se podría argumentar que la relevancia de un tipo particular de distorsión cognitiva en los diferentes grupos de edad puede ser considerada como un indicador de las propiedades evolutivas de los jóvenes, según lo cual, el tránsito hacia la adolescencia, y de ésta a la vida adulta, va sujeto a unos cambios puberales, cognitivos y demandas psicosociales a las que el joven tendrá de adaptarse.

A pesar de que los resultados de la presente investigación mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el CNCEQ total, sin embargo, al mediar las áreas de contenido se encontró que tales diferencias existían en las áreas social, donde los jóvenes de entre 12 y 14 años presentan mayores promedios; y el área académica, donde los jóvenes de entre 15 y 16 años presentan un promedio más elevado. Al analizar las distorsiones cognitivas, los jóvenes de entre 15 y 16 años son los que más promedio presentan en *sobregeneralización* y *abstracción selectiva*, mientras que siguiendo la línea del estudio de Leitenberg et al., fueron los más jóvenes los que han puntuado más alto en *catastrofismo* y *personalización*. Probablemente, estos resultados se deban a que los más jóvenes, por un lado, tienden a culparse en mayor medida de los malos resultados (*personalización*) y, por otra parte, no han tenido tantas experiencias del tipo que plantea el cuestionario y, por lo tanto, se podrían esperar peores consecuencias (*catastrofización*) que los jóvenes más mayores (Karakaya et al., 2007; Leitenberg et al., 1986; Weems et al., 2010). Con respecto a las sub-escalas, al mediar el área social, se hallaron diferencias significativas en *pensamiento catastrófico* y en *personalización*, donde las mayores puntuaciones las obtuvieron los más jóvenes, apoyando así la idea de dramatización entre este grupo de sujetos y la importancia que pueden llegar a dar a su relación con los iguales. Al mediar el área académica, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en *sobregeneralización* siendo los jóvenes del grupo 3, los que presentaron este error cognitivo en mayor proporción. Por último al mediar el área deportiva, las diferencias se observaron en *sobregeneralización* y

personalización, donde una vez más, los sujetos más mayores presentaron mayores promedios. Una mayor prevalencia de distorsiones cognitivas a partir de los 15 años podría estar relacionada con las altas capacidades reflexivas de los más mayores, quienes tienen más habilidades cognitivas que les permiten reflexionar sobre los acontecimientos, buscar explicaciones y pensar a cerca de las consecuencias de tales eventos (Pereira et al., 2012). Además, se puede hipotetizar que cuanto mayor es la elaboración del pensamiento a cerca de las diversas situaciones, mayor es la probabilidad de cometer distorsiones cognitivas de una manera más sistemática.

Por último, al analizar las diferencias en errores cognitivos según el nivel de estudios, se encontró que son los jóvenes sin estudios los que presentan mayor promedio de distorsiones en el cuestionario total (presentando diferencias significativas con todos los grupos) y los jóvenes que cursan bachillerato, los que presentan menor nivel de distorsiones cognitivas (existiendo diferencias estadísticamente significativas con los jóvenes de formación profesional y los que no tienen estudios). Más concretamente se observó que, exceptuando los jóvenes que cursan bachillerato (cuyo error más común es la *catastrofización*) y otros estudios (cuyo mayor promedio se encuentra en *personalización*), la *abstracción selectiva* sigue siendo la distorsión más frecuente en la población. Por el contrario, el *catastrofismo* es la menos común entre los jóvenes sin estudios y formación profesional; la *personalización*, entre los alumnos de primaria, secundaria y bachillerato; y la *sobregeneralización* entre los jóvenes que cursan otros estudios.

Concretando un poco más, al mediar las áreas de contenido, si que han aparecido diferencias estadísticamente significativas en *catastrofización* (en el área social, donde las diferencias se plantean principalmente entre los jóvenes que cursan educación primaria con los que cursan secundaria, bachillerato y formación profesional), *personalización* (en el área social, donde las diferencias se hallan principalmente entre los jóvenes sin estudios y los que cursan educación primaria, secundaria, bachillerato y formación profesional) y *abstracción selectiva* (en el área académica, donde las diferencias se encuentran entre los sujetos sin estudios y los que cursan primaria, secundaria, bachillerato y formación profesional). Estos resultados irían en consonancia a los planteados anteriormente con respecto a la edad. Las distorsiones cognitivas responden a las necesidades, demandas y preocupaciones que atraviesan los jóvenes en las diferentes etapas educativas, donde las exigencias varían según el nivel educativo en el que se encuentran.

La última hipótesis de este estudio, planteaba en qué medida las distorsiones cognitivas auto-humillantes podían predecir la conducta agresiva. Basándose en el modelo de Beck, se han desarrollado diversas investigaciones para analizar este tipo de distorsiones como factor importante en la comprensión, predicción y tratamiento de la conducta externalizante (Peña y Andreu, 2012). Achenbach (Wick-Nelson, 1997) identificó de manera empírica tres síndromes generales que recogen ocho categorías reducidas: interiorización (retraimiento, síntomas somáticos, ansiedad/depresión), ni interiorización/ni exteriorización (problemas sociales, de pensamiento y/o de atención) y exteriorización (conducta delictiva y agresiva). Las distorsiones cognitivas que se han estudiado dentro de la psicopatología externalizante son conocidas como distorsiones cognitivas auto-sirvientes (Brugman y Bink, 2011; Wallnius et al., 2001), mientras que las que se han hallado con mayor frecuencia dentro de los trastornos internalizantes, se han conocido como distorsiones cognitivas auto-humillantes (Cannon y Weems, 2010; Maric et al., 2011; Messer et al., 1994; Rodríguez Testal et al., 2002). Sin embargo, son pocos los estudios que han examinado la relación existente entre este último tipo de distorsiones con la conducta externalizante (conducta agresiva y delictiva). Uno de los estudios más relevantes que examinó este tipo de relación, fue el realizado por Giancola et al. (1999). Estos autores concluyeron que los niveles elevados de distorsiones cognitivas auto-humillantes se relacionaban con conducta agresiva pero sólo en el grupo de adolescentes con historia familiar de consumo. Giancola et al. (1999) señalaron que los jóvenes que habían crecido en ambientes familiares disfuncionales y hostiles, probablemente presentasen más errores cognitivos negativos como consecuencia de castigos físicos, abandono de las figuras de apego y el uso de drogas. En consonancia a este estudio, los resultados aquí presentados, ponen de manifiesto cierta relación entre las distorsiones cognitivas auto-humillantes y la conducta externalizante, sin embargo no se han hallado correlaciones elevadas entre las puntuaciones del CNCEQ total y cada una de las sub-escalas con los cuestionarios AQ y RPQ y sus respectivas sub-escalas (*agresividad verbal, agresividad física, ira y hostilidad; y agresión reactiva y proactiva*), a pesar de que dichas correlaciones son estadísticamente significativas.

Los análisis de regresión realizados entre los diferentes tipos de distorsiones con la conducta agresiva indican una contribución muy baja en la explicación de la *agresión física, verbal, e ira*, así como de la *agresión reactiva y proactiva*; destacándose únicamente la *hostilidad*. En concreto, se ha encontrado que la *abstracción selectiva* fue la distorsión

que presentó mayor peso predictivo en la *agresión física*, en la *agresión verbal* y en la *ira*; y el CNCEQ total presentó mayor peso predictivo en *hostilidad*, en *agresión reactiva* y en *agresión proactiva*. Estos resultados se encuentran en la línea del estudio realizado por Levesque y Marcotte (2005, citado por Peña y Andreu, 2012), en el que se investigó la relación existente entre distorsiones cognitivas auto-humillantes y los trastornos de conducta, delincuencia y depresión. Los resultados mostraron que este tipo de errores cognitivos mostraban mucha más relación con la presencia de problemas internalizantes, pero que a pesar, de parecer estar relacionados con las conductas externalizantes, no se ha podido establecer una fuerte relación entre ambas variables.’

A pesar de que no podemos negar la falta de relación entre las distorsiones cognitivas auto-humillantes y la conducta agresiva, son pocos los estudios que han tenido como objetivo el estudio de esta relación, y los resultados no tienden ser concretos, ya que la relación entre ambas variables tiende a ser bastante débil. Es más, se podría hipotetizar que esta relación pudiera estar mediada por otros factores o comportamientos, como los planteados por el estudio de Giancola et al. (1999).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES GENERALES

Tras el estudio realizado en la adaptación de este cuestionario a población española infanto-juvenil, se podría concluir que, en términos generales, los resultados sugieren que el CNCEQ posee buenas propiedades psicométricas, es decir, el instrumento presenta valores aceptables para la medida de distorsiones cognitivas auto-humillantes en niños y adolescentes; y que los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos por el CNCEQ original desarrollado por Leitenberg et al. (1986).

Los resultados de consistencia interna obtenidos en la presente investigación indican que el CNCEQ presenta una fiabilidad elevada para el cuestionario total ($\alpha = .88$). Sin embargo, las interpretaciones y valoraciones de las sub-escalas, al presentar menor consistencia interna, deben realizarse con precaución debido a que su uso es insuficiente para tomar decisiones individuales, ya sean de tipo diagnóstico o de intervención.

En lo que respecta a la validez de constructo, el CNCEQ total y las sub-escalas poseen una correlación adecuada; sin embargo, a pesar de que el análisis factorial aplicado mostró una estructura del test compuesta por cuatro factores (similar al cuestionario original), los resultados mostraron que los ítems no saturan en cada factor de la misma forma que en la investigación realizada por Leitenberg et al (1986). Este estudio ha sido el único (junto con el de Karakaya et al., 2007), que ha ofrecido apoyo empírico a la separación de los errores cognitivos que plantean Leitenberg et al. En su trabajo, ya que todos los estudios previos que han analizado la validez de constructo indicaban que todos los ítems saturaban en único factor.

Con respecto a la validez discriminante, se estudiaron las diferencias que existían en las puntuaciones del CNCEQ total y las sub-escalas en función del sexo, edad y nivel de estudios. Específicamente, los resultados muestran que las mujeres, en general, muestran mayor cantidad de distorsiones cognitivas que los hombres (hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos), sobre todo del tipo *catastrofización* y *sobregeneralización*, principalmente en el área social y deportiva. Por su parte, los varones

presentan en mayor medida distorsiones cognitivas, del tipo *personalización*, independientemente del tipo de área de contenido que medie.

Por otra parte, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el cuestionario total, aunque sí se han encontrado en las sub-escalas de *catastrofización* y *personalización*; por el contrario, en *pensamiento catastrófico* y *abstracción selectiva*, no se hallaron tales diferencias entre grupos. En general, se ha encontrado que los jóvenes a partir de los 15 años son los que presentan mayor nivel de distorsiones cognitivas, mientras que los más jóvenes son los que presentan menor cantidad de distorsiones cognitivas. No obstante, estos últimos presentan más distorsiones cognitivas del tipo *personalización* y *catastrofización* que el resto de los grupos.

Por otro lado, cabe destacar que al analizar las diferencias en errores cognitivos según el nivel de estudios, se encontró que son los jóvenes sin estudios los que presentan mayor promedio de distorsiones en el cuestionario total (presentando diferencias significativas con todos los grupos) y los jóvenes que cursan bachillerato, los que presentan menor cantidad de distorsiones cognitivas.

Independientemente del sexo, edad o nivel de estudios, la distorsión cognitiva que se presenta con más frecuencia en la muestra ha sido la *abstracción selectiva*, a pesar de que no existan diferencias significativas entre ninguno de los grupos en esta variable. Del mismo modo, sería la *personalización* la distorsión cognitiva que aparece con menos frecuencia en la muestra analizada.

Por último, al analizar en qué medida las distorsiones cognitivas auto-degradantes podían predecir la conducta agresiva, los resultados han puesto de manifiesto que no existen correlaciones elevadas entre las puntuaciones del CNCEQ total y cada una de las sub-escalas con los cuestionarios AQ y RPQ y sus respectivas sub-escalas (*agresividad verbal*, *agresividad física*, *ira* y *hostilidad*; y *agresión reactiva* y *proactiva*), a pesar de que las correlaciones encontradas son estadísticamente significativas. Asimismo, los análisis de regresión realizados entre los diferentes tipos de distorsiones con la conducta agresiva indican una contribución muy baja en la explicación de la *agresión física*, *verbal*, e *ira* (8.1%), así como en la *agresión reactiva* y *proactiva*; destacándose únicamente la *hostilidad*. Más concretamente, se ha encontrado que la *abstracción selectiva* fue la distorsión que presentó mayor peso predictivo en la *agresión física*, en la *agresión verbal* y

en la *ira* (6.8%); y el CNCEQ total presentó mayor peso predictivo en *hostilidad*, en *agresión reactiva* y en *agresión proactiva*.

Por lo tanto, después de examinar su propiedades psicométricas, se puede concluir que la versión española del CNCEQ proporciona medidas fiables y válidas para la evaluación de las distorsiones cognitiva auto-humillantes en población infanto-juvenil española.

CAPÍTULO VII

LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

La presente investigación doctoral ha permitido, por un lado, realizar una revisión exhaustiva de cómo distintos tipos de distorsiones cognitivas están relacionadas con diferentes problemáticas psicológicas, así como repasar los diversos instrumentos de evaluación de tales distorsiones. Por otro lado, hemos podido realizar un estudio pormenorizado del CNCEQ, cuestionario desarrollado por Leitenberg et al., en 1986, cuyo objetivo fue analizar el tipo de distorsiones cognitivas que aparecían en los jóvenes.

Aunque los resultados de la presente investigación indican que el CNCEQ es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, es necesario que los resultados obtenidos se consideren en el contexto de algunas limitaciones importantes.

En primer lugar, la limitación principal de la presente investigación reside en la utilización de un diseño de tipo transversal. Este tipo de diseños proporcionan información de las distorsiones cognitivas de los participantes en un determinado periodo de tiempo en base a los escenarios o preguntas diseñadas por los cuestionarios, por lo que no permiten establecer ningún tipo de causalidad.

Otro aspecto que no se ha considerado en este estudio, hace referencia a la presencia o ausencia de algún tipo de patología o problema emocional tales como la depresión o la ansiedad. La inclusión de estos aspectos hubiera permitido hallar resultados de interés para poder establecer una buena comparación de la presencia de este tipo de problemática en los jóvenes españoles y poder así analizar las diferencias de distorsiones cognitivas también entre jóvenes diagnosticados y no diagnosticados. Desde nuestro punto de vista, sería conveniente administrar el cuestionario a población diagnosticada para poder comparar la presencia o ausencia (en mayor o menor medida) de distorsiones cognitivas y establecer diferencias, si las hubiere, entre ambos grupos. Del mismo modo, se podría realizar una baremación adaptada para jóvenes que presentan problemática internalizante y los que no.

Otra limitación importante hace referencia a la deseabilidad social dado que no se han controlado sus efectos con ninguna escala o instrumento específico. Si bien, en el estudio se aseguraron la confidencialidad y el anonimato de las respuestas, la deseabilidad social ha podido afectar a las respuestas dadas por los participantes de esta investigación.

No podemos terminar esta investigación sin sugerir una serie de líneas de actuación que serían útiles para continuar la investigación en este campo.

En primer lugar, el cuestionario adaptado para esta investigación ha demostrado una alta fiabilidad en la población de jóvenes y adolescentes españoles, sin embargo, sería interesante contrastar la calidad psicométrica de este instrumento en otros países de habla hispana, de forma y manera que se daría la posibilidad de incorporar mayor evidencia empírica sobre la validez transcultural de dichos instrumentos. En esta misma línea, sería interesante ahondar en el estudio de otras adaptaciones realizadas en este estudio en diferentes culturas, para poder contrastar nuestros resultados con otras investigaciones.

Por otro lado, sería interesante realizar un estudio más exhaustivo de la validez de constructo. Los resultados de nuestro estudio, a pesar de que apoyan la existencia de cuatro factores, los ítems pertenecientes a cada uno de ellos no se corresponden a los resultados obtenidos por el cuestionario original. Sería interesante analizar más en profundidad estos factores y analizar a qué distorsión cognitiva se correspondería cada uno de ellos.

Por último, hemos visto a lo largo de todo este trabajo que las investigaciones realizadas con el CNCEQ se han centrado en buscar la relación de este cuestionario con sintomatología ansioso-depresiva. Los pocos estudios llevados a cabo, cuyo objetivo es ver la relación de las distorsiones cognitivas auto-degradantes con conducta agresiva, nos ofrecen resultados contradictorios. Podría ser útil, analizar en qué medida estas distorsiones influyen en la conducta agresiva y delictiva y qué relación puede establecerse entre ambas variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. DSM-5. Washington, Londres: American Psychiatry Publishing.
- Amigo Vázquez, I; Fernández Rodríguez, C y Pérez Álvarez, M. (2010a). *Dolor Crónico*. En I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez, *Manual de Psicología de la Salud* (Tercera Edición) (pp. 149-164). Madrid: Pirámide.
- Amigo Vázquez, I; Fernández Rodríguez, C y Pérez Álvarez, M. (2010b). *Adhesión al Tratamiento Diabético*. En I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez, *Manual de Psicología de la Salud* (Tercera Edición) (pp. 271-291). Madrid: Pirámide.
- Andreu Rodríguez, J. M., Peña Fernández, M. E., y Graña Gómez, J. L. (2002). Adaptación Psicométrica de la versión Española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14 (2), 476-482.
- Andreu, J. M., Peña, M. E., y Ramírez, J. M. (2009). Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva: Un Instrumento de Medida de la Agresión en Adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (1), 37-49.
- Arias Orduña, A. V. (2009). *Psicología Social de la Agresión*. En J. F. Morales Domínguez, M. C. Moya Morales, E. Gaviria Stewart e I. Cruzado Guirado, *Psicología Social* (Tercera Edición) (pp. 415-440). Madrid: McGraw-Hill.
- Arnau, B. A., Blasey, C. M., Constantino, M.J., Robinson, R., Hunkeler, E., y cols. (2011). Catastrophizing, Depression and Pain-related Disability. *General Hospital Psychiatry*, 33 (2), 150-156. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.1.008.
- Baboushkin, H. R., Hardoon, K. K., Derevensky, J. L. y Gupta, R. (2001). Underlying Cognitions in Gambling Behavior Among University Students. *Journal of Applied Social Psychology*, 31 (7), 1409-1430.
- Barriga, A. y Gibbs, J. C. (1996). Measuring Cognitive Distortion in Antisocial Youth: Development and Preliminary Validation of the "How I Think" Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 22 (5), 333-343.

- Barriga, A., Hawkins, M. A. y Camelia, C. T. (2008). Specificity of Cognitive Distortion to Antisocial Behaviors. *Criminal Behavior and Mental Health*, 18 (2), 104-116. doi: 10.1002/cbm.683
- Barriga, A., Landau, J. R., Stinson, B. L. Liao, A. K. y Gibbs, J. C. (2000). Cognitive Distortion and Problem Behaviors in Adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27 (1), 36-56. doi: 10.1177/0093854800027001003
- Barriga, A., Sullivan-Cosetti, M. y Gibbs, J. (2009). Moral Cognitive Correlates of Empathy in Juvenile Delinquents. *Criminal Behavior and Mental Health*, 19, 253-264.
- Bauer, B. Y Anderson, W. P. (1989). Bulimics Beliefs: Food for Thought. *Journal of Counseling and Development*, 67 (7), 416-419.
- Beck, A. (1963). Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Achieves of General Psychiatric*, 9 (4), 324-333.
- Beck, A. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and Therapy. *Achieves of General Psychiatric*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (8), 969-977.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R., Eidelson, J. I. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating Anxiety and Depression: A Test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F, y Emery, G. (2002). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Gudmundsdottir, B, Miller, L., et al. (2004). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A Replication with Motor Vehicle Accident Survivors. *Psychological Assessment*, 16 (3), 289-298. doi: 10.1037/1040-3590.13.3.289
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G. y Burns, J. (1999). Cognitive Distortions and Blame Attribution in Sex Offenders Against Adults and Children. *Child Abuse and Neglect*, 23 (2), 129-143.

- Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G y Gross, J. J. (2012). The Role of Maladaptative Beliefs in Cognitive-Behavioral Therapy: Eivende from Social Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 50, 287-291. doi: 10.1016/j.breat.2012.02.007
- Boelen, P. A. y Baars, L. P. Y. (2007). Psychometric Properties of the Belief Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (3), 133-140. doi: 10.1027/1015-5759.23.3.133
- Boletín Oficial de Estado (BOE, 2010). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal*.
- Bonifazi, D. Z., Crowther, J. H. Y Mizes, J. S. (2000). Validity of Questionnaire for Assessing Dysfunctional Cognitions in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (4), 464-470.
- Brugman, D. y Bink, M. D. (2011). Effects of the Equip Peer Intervention Program on Self-Serving Cognitive Distortions and Recidivism Among Delinquent Male Adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 17 (4), 345-358. doi: 10.1080/10683160903257934
- Burn, M. F. y Brown, S. (2006). A Review of the Cognitive Distortions in Child Sex Offender: An Examination of the Motivations and Mechanisms that Underlie the Justification for Abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11 (3), 225-236. doi: 10.1016/j.avb.2005.08.02
- Calvete, e., Villardón, L., y Estévez, A. (2008). Atributional Style and Depressive Symptoms in Adolescents: An Examination of the Role of Various Indicators of Cognitive Vulnerability. *Behavior Research and Therapy*, 46, 944-953. doi: 101016/j.brat.2008.04.010
- Cannon, M. F. y Weems, C. F. (2010). Cognitive Biases in Childhood Anxiety Disorders: Do Interpretive and Judgment Biases Distinguish Anxious Youth From Their Non-Anxious Peers?. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 751-758. doi: 10.1016/j.anxdis.2010.05.008
- Caro Gabalda, I. (2007a). *La Terapia Cognitiva de A. Beck*. En I. Caro Gabalda, Manual Teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas (pp. 137-179). Bilbao: Descleé.
- Caro Gabalda, I. (2007b). *La Terapia Racional Emotivo Conductual de A. Ellis*. En I. Caro Gabalda, Manual Teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas (pp. 137-179). Bilbao: Descleé.

- Carrasco Galán, I. (2004). *Terapias Racionales y de Reestructuración Cognitiva*. En F.J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz, Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta (pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987). Body Image in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Review of the Literature. *Behavior Modification*, 11 (4), 487-521.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The Nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2), 107-125.
- Chabrol, H., Van Leeuwen, N., Rodgers, R. F. y Gibbs, J. C. (2011). Relations Between Self-Serving Cognitive Distortion, Psychopathic Traits, and Antisocial Behavior in a Non-Clinical Sample of Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 51, 887-892. doi: 10.1016/j.paid.2011.07.008
- Christensen, A. J., Edwards, D. L., Moran, P. J., Burke, R., Lounsbury, P. y Gordon, E.E.I. (1999a). Cognitive Distortion and Functional Impairment in Patients Undergoing Cardiac Rehabilitation. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 159-168. doi: 0147-5916/99/0400-159.
- Christensen, A. J., Moran, P. J. y Wiebe, J. S. (1999b). Assessment of Irrational Health Beliefs: Relation to Health Practices and Medical Regimen Adherence. *Health Psychology*, 18 (2), 169-176.
- Cieslak, R., Benight, C. C. y Caden Vehman, V. (2008). Coping Self- Efficacy Mediates the Effects of Negative Cognitions on Posttraumatic Distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 788-798. doi: 10.1016/j.brat.2008.03.007
- Clark, D. A y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: Ciencia y Práctica*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Cole, D. A. Y Turner, J. E. (1993). Models of Cognitive Mediation and Moderation in Child Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (2), 271-281.
- Cooper, M., Cohen-Toveé, E., Tood, G., Wells, A. y Toveé, M. (1997). The Eating Disorder Belief Questionnaire Preliminary Development. *Behavior Research and Therapy*, 35 (4), 381-388.

- Covin, R., Dozois, D. J. A., Ogniewicz, A. y Seeds, P. M. (2011). Measuring Cognitive Errors: Initial Developments of the Cognitive Distortion Scale (CDS). *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4 (3), 297-322.
- Coyne, J. C. y Gotlib, I. H. (1983). The Role of Cognition in Depression: A Critical Appraisal. *Psychological Bulletin*, 94 (3), 472-505.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G. et al. (2003). The Child Version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-C): A Preliminary Validation. *Pain*, 104, 639-646. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00121-0.
- Daniels, J. K., Hagandoren, K., Couplan, N. J., Rowe, B. H., Neufeld, W. J. y Lanius, R. A. (2011). Cognitive Distortions in an Acutely Traumatized Sample: An Investigation of Predictive Power and Neural Correlates. *Psychological Medicine*, 41, 2149-2157. doi: 10.1017/S003329171100237
- Deal, S. L. y Williams, J. E. (1988). Cognitive Distortions as Mediators between Life Stress and Depression in Adolescents. *Adolescence*, 23 (90), 477-490.
- Delfabbro, P., Lahn, J. y Grabosky, P. (2006). It's Not What You Know but How You Use It: Statistical Knowledge and Adolescent Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 179-193. doi: 10.1007/S10899-006-9009-5.
- DeLong, R., Durkin, K. y Hundersmarck, S. (2010). An Exploratory Analysis of the Cognitive Distortions of a Sample of Men Arrested in Internet Sex Sting. *Journal of Sexual Aggression*, 16 (1), 59-70. doi: 10.1080/13552600903428235
- Dobson, N. K. S. y Breither, H. J. (1983). Cognitive Assessment of Depression: Reliability and Validity of Three Measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (1), 107-109.
- Dodge, K. A. (1980). Social Cognition and Children's Aggressive Behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dritschel, B. H., Williams, K. y Cooper, P. (1991). Cognitive Distortions amongst Women Experiencing Bulimic Episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (5), 547-555.

- Echeburúa, E. (2010). *El Juego Patológico en el Marco de las Adicciones a las Drogas*. En E. Echeburúa, E. Becoña, F.J. Labrador y Fundación GAUDIUM (Coords.), *El Juego Patológico. Avances en la Clínica y en el Tratamiento* (pp. 31-40). Madrid: Pirámide.
- Edwards, R., Smith, M. T., Kudel, I. y Haythornthwaite, J. (2006). Pain-related Catastrophizing as a Risk Factor for Suicidal Ideation in Chronic Pain. *Pain*, 126, 272-279. doi: 10.1016/j.pain.2006.07.004
- Ellis, A. (1961). The Treatment of a Psychopath with Rational Psychotherapy. *Journal of Psychology*, 51, 141-150.
- Ellis, A. (1975). The Biological Basis of Human Irrationality. *Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, New Orleans*.
- Elsesser, K., Freyth, C., Lohtmann, T. y Sartory, G. (2009). Dysfunctional Cognitive Appraisal and Psychophysiological Reactivity in Acute Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 979-985. doi: 10.1016/j.anxdis.2009.06.007
- Epkins, C. (1998). Mother –and Father– Rated Competence, Child-Perceived Competence, and Cognitive Distortions: Unique Relations with Children’s Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), 442-451.
- Espina, A., Ortega, M. A., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios. *Psicothema*, 13 (4), 533-538.
- Farrell, S. P., Hains, A. A, Davies, H., Smith, P. y Parton, E. (2004). The Impact of Cognitive Distortions, Stress, and Adherence of Metabolic Control in Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 34, 461-467. doi: 10.1016/S1054-139X(03)00125-5.
- Feelgood, S., Cortoni, F., Thompson, A. (2005). Sexual Coping, General Coping and Cognitive Distortions in Incarcerated Rapist and Child Molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 11 (2), 157-170. doi: 10.1080/13552600500073657
- Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces en los Trastornos Cardiovasculares*. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, c. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 93-121). Madrid: Pirámide.

- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego Patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B. y Meermann, R. (1999). Body Image in Eating Disorders and Analysis of Its Relevance: A Preliminary Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.
- Flouri, E. y Panourgia, C. (2011). Adverse Life Events and Emotional and Behavioral Problems in Adolescence: The Role of Non-Verbal Cognitive Ability and Negative Cognitive Errors. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 39, 695-709. doi: 10.1007/s10802-011-9514-6.
- Foa, E. B., Tolin, D. F., Claric, D. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Fortune, E. y Goodie, A. S. (2012). Cognitive Distortions as a Component and Treatment Focus of Pathological Gambling: A Review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (2), 298-310. doi: 10.1037/A0026422.
- Gannon, T. A. y Polaschek, D. L. L. (2006). Cognitive Distortion in Child Molesters: A Re-Examination of Key Theories and Research. *Clinical Psychology Review*, 26 (8), 1000-1019. doi: 10.1016/j.crp.2005.11.010
- Gannon, T., Ward, T. y Collie, R. (2007). Cognitive Distortions in Child Molesters: Theoretical and Research Developments over the Past Two Decades. *Aggression and Violent Behavior*, 12 (4), 402-41. doi: 10.1016/j.avb.2006.09.05
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (2), 123-150.
- Garner, D. M. y Moncrieff, C. (1988). Body Image Distortion in Anorexics as a Non-Sensory Phenomenon: A signal Detection Approach. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (2), 101-107.
- Gaudio, S. y Quattrocchi, C. C. (2012). Neural Basis of a Multidimensional Model of Body Image Distortion in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1839-184. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.05.03.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C., Clarck, D. B. y Tarter, R. E. (1999). Cognitive Distortions, Aggressive Behavior, and Drg Use in Adolescents Boys with and without a Family History of a Substance Use Disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (1), 22-32.

- Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J. L. (2003). *Guía de Tratamientos Eficaces en Diabetes*. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, c. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 215-142). Madrid: Pirámide.
- Ginsburg, G. S., Silva, S. G., Jacobs, R. H., Tonev, S., Hoyle, R. H. y Reinecke, M. A. (2009). Cognitive Measures of Adolescents Depression: Unique or Unitary Constructs? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (6), 790-802. doi: 10.1080/15374410903259015
- González Ibáñez, A. (2010). *Juego Patológico: Concepto, Comorbilidad y Tipologías*. En E. Echeburúa, E. Becoña, F.J. Labrador y Fundación GAUDIUM (Coords.), *El Juego Patológico. Avances en la Clínica y en el Tratamiento* (pp. 79-88). Madrid: Pirámide.
- Goodie, A. y Fortune, E. (2013). Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1-14. doi: 10.1017/a0031892.
- Goubert, L., Crombez, G. y Dannels, L. (2005). The Reluctance to Generalize Corrective Experiences in Chronic Low Back Pain Patients: A Questionnaire Study of Dysfunctional Cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1055-1067. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.005
- Haley, G. M.T., Fine, S., Marriage, K., Moretti, M. M. y Freeman, R. J. (1985). Cognitive Bias and Depression in Psychiatrically Disturbed Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (4), 535-537.
- Hammen, C. L. y Krantz, S. (1976). Effect of Success and Failure on Depressive Cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (6), 577-586.
- Hennighausen, K., Enkelman, D., Wewetzer, C. y Remschmidt, H. (1999). Body Image Distortion in Anorexia Nervosa. Is There Really A Perceptual Deficit? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (3), 200-206.
- Henriques, G. y Leitenberg, H. (2002). An experimental Analysis of the Role of Cognitive Errors in the Development of Depressed Mood Following Negative Social Feedback. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (2), 245-260.

- Himle, J. A., Himle, D. P. y Tyler, B. A. (1989). Irrational Beliefs and the Anxiety Disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 7 (3), 155-165.
- Horne, R. L., Van Vactor, J. C. y Emerson, S. (1991). Disturbed Body Image in Patients with Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (2), 211-215.
- Jefferson, S. y Nicki, R. (2003). A New Instrument to Measure Cognitive Distortions in Video Lottery Terminal Users: The Informational Biases Scale (IBS). *Journal of Gambling Studies*, 19 (4), 387-403.
- Johnson, K. A., Johnson, J. E. y Petzel, T. P. (1992). Social Anxiety, Depression and Distorted Cognitions in College Students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11 (2), 181-195.
- Jolly, J. B. y Dyckman, R. A. (1994). Using Self-Report Data to Differentiate Anxious and Depressive Symptoms in Adolescents: Cognitive Content Specificity and Global Distress? *Cognitive Therapy and Research*, 18 (1), 25-37.
- Jones, C., Leung, N. y Harris, G. (2007). Dysfunctional Core Beliefs in Eating Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21 (2), 156-171.
- Joukador, J., Blaszynsky, A. y MacCallum, F. (2004). Superstitious Beliefs in Gambling Among Problem and Non-Problem Gamblers: Preliminary Data. *Journal of Gambling Studies*, 20 (2), 171-180.
- Karakaya, I., Coskun, A., Agaoglu, B., Öc, Ö. Y., Memik, Ç., Sismanlar, S. G. et al. (2007). The Reliability and Validity of the Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 1-7.
- Khawaja, N. G. y Dyer, E. J. (2004). Anxious Thoughts and Tendencies Scale: An Investigation of Factor Structure and the Psychometric Properties on the Basis of an Australian Sample. *Journal of Affective Disorders*, 79, 217-221. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00336-1.
- Kingery, J. N., Kepley, H. O., Ginsburg, G. S., Walkup, J. T., Silva, S. G., Hoyle, R. H. et al. (2009). Factor Structure and Psychometric Properties of the Children's Negative Cognitive Error Questionnaire with a Clinically Depressed Adolescent Sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (6), 768-780. doi: 10.1080/15374410903297130

- Koopmans, P. C., Sanderman, R., Timmerman, I. y Emmelkamp, P. M. G. (1994). The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and Psychometric Evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, 10 (1), 15-27.
- Koydermir, S. y Demir, A. (2008). Shyness and Cognitions: An Examination of Turkish University Students. *The Journal of Psychology*, 142 (6), 633-644.
- Krantz, S. y Hammen, C. (1979). Assessment of Cognitive Bias in Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (6), 611-619.
- Labrador, F. J. (2010). *Sesgos Cognitivos de los Jugadores Patológicos: Implicaciones Terapéuticas*. En E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación GAUDIUM (Coords.), *El Juego Patológico. Avances en la Clínica y en el Tratamiento* (pp. 165-192). Madrid: Síntesis.
- Labrador, F. J. y Mañoso, V. (2005). Cambio en las Distorsiones Cognitivas de Jugadores Patológicos tras el Tratamiento: Comparación con un grupo control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 7-22.
- Labrador, F. J. y Ruiz, B. (2008). Distorsiones Cognitivas Durante el Juego en Máquinas Recreativas con Premio en Jugadores Patológicos y No Jugadores. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 149-166.
- Labrador, F. J., Fernández-Alba, A. y Mañoso, V. (2002). Relación entre la Reducción de las Distorsiones Cognitivas Referidas al Azar y la Consecución de Éxito Terapéutico en Jugadores Patológicos. *Psicothema*, 14 (3), 551-557.
- Labrador, F. J., Mañoso, V., y Fernández-Alba, A. (2008). Distorsiones Cognitivas y Resultado del Tratamiento en el Juego Patológico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (3), 387-399.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M. y Pirke, K. M. (1988). Cognitive Correlates of Depression in Patients with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 681-686.
- Larden, M., Melin, M., Hols, U. y Langström, N. (2006). Moral Judgement, Cognitive Distortions and Empathy in Incarcerated Delinquent and Community Control Adolescent. *Psychology, Crime & Law*, 12 (5), 453-462. doi: 10.1080/10683160500036855

- Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive Distortion and Cognitive Errors in Depressed Psychiatric and Low Back Pain Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (4), 517-525.
- Leitenberg, H., Yost, L. W. y Carroll-Wilson, M. (1986). Negative Cognitive Errors in Children: Questionnaire Development, Normative Data, and Comparisons between Children with and without Self-Reported Symptoms of Depression, Low Self-Esteem, and Evaluation Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 528-536.
- Leung, P. W. L. y Wong, M. M. T. (1998). Can Cognitive Distortions Differentiate Between Internalizing and Externalizing Problems? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 263-269.
- Liau, A. K., Barriga, A. Q. y Gibbs, J. C. (1998). Relations Between Self-Serving Cognitive Distortions and Overt vs. Covert Antisocial Behavior in Adolescents. *Aggressive Behavior*, 24 (5), 335-346.
- Maltby, J., Day, L., Gill, P., Colley, A. y Wood, A. M. (2008). Beliefs Around Luck: Confirming the Empirical Conceptualization of Beliefs Around Luck and the Development of the Darke and Freedman Beliefs Around Luck Scale. *Personality and Individual Differences*, 45, 655-660. doi: 10.1016/j.paid.2008.07.010
- Mañoso, V., Labrador, F. J. y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de Distorsiones Cognitivas Durante el Juego en Jugadores Patológicos y No Jugadores. *Psicothema*, 16 (4), 576-581.
- Marcotte, D., Levésque, N. y Fortin, L. (2006). Variations of Cognitive Distortions and School Performance in Depressed and Non-Depressed High School Adolescents: A Two-Year Longitudinal Study. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 211-225. doi: 10.1007/s10608-006-9020-2
- Maric, M. (2010). *Challenged by Cognition: Toward Optimal Measurement and Greater Understanding of Youth Cognition in Scholl Refusal and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome*. Enschede: Ipskan Drukkers.
- Maric, M., Heyne, D. A., Van Widenfelt, B. M. y Westenberg, P. M. (2011). Distorted Cognitive Processing in Youth: The Structure of Negative Cognitive Errors and their Associations with Anxiety. *Cognitive Therapy Research*, 35, 11-20. doi: 10.1007/s10608-009-9285-3
- Marton, P., Churchard, M. y Kutcher, S. (1993). Cognitive Distortion in Depressed Adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 18 (3), 103-107.

- Marziano, V., Ward, T., Beech, A. y Pattison, P. (2006). Identification of Five Fundamental Implicit Theories Underlying Cognitive Distortions in Child Abusers: A Preliminary Study". *Psychology, Crime & Law*, 12 (1), 97-105. doi: 10.1080/10683160500056887
- Maxwell, T. D., Gatchel, R. J. y Mayer, T. G. (1998). Cognitive Predictors of Depression in Chronic Low Back Pain: Toward and Inclusive Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (2), 131-143.
- Mendez, F. X., Olivares, J. y Moreno, P. (2001). *Técnicas de Reestructuración Cognitiva*. En J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo, *Técnicas de Modificación de Conducta* (Tercera Edición) (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Messer, S. C., Kempton, T., Van Hasselt, V. B., Null, L. A., Bukstein. (1994). Cognitive Distortions and Adolescent Affective Disorder. Validity if the CNCEQ in a patient sample. *Behavior Modification*, 18 (3), 339-351.
- Mihailides, S., Devilli, G. J. y Ward, T. (2004). Implicit Cognitive Distortions and Sexual Offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16 (4), 333-350. doi: 1079-0632/04/1000-0333/0
- Mizes, J. S. y Christiano, B. A. (1995). Assessments of Cognitive Variables Relevant to Cognitive Behavioral Perspectives on Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 33 (1), 95-105.
- Mobini, S., Pearce, M., Grant, A., Mills, J., y Yeomans, M. R. (2006). The Relationship Between Cognitive Distortions, Impulsivity, and Sensation Seeking in a Non-Clinical Population Sample. *Personality and Individual Differences*, 4, 1153-1163. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.006
- Moldovan, R. (2009). An Analysis of the Impact of Irrational Beliefs and Illness Representation in Predicting Distress in Cancer and Type II Diabetes Patients. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 13 (2), 179-193.
- Moss-Morris, R. y Petrie, K. (1997). Cognitive Distortions of Somatic Experiences: Revision and Validation of a Measure. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (3), 293-306.
- Moss-Morris, R. y Petrie, K. J. (2001). Discriminating Between Chronic Fatigue Syndrome and Depression: A Cognitive Analysis. *Psychological Medicine*, 31, 498-479.

- Muris, P. y Field, A. (2008). Distorted Cognition and Pathological Anxiety in Children and Adolescents. *Cognition and Emotion*, 22 (3), 395-421. doi: 10.1018/0269993071843450
- Muuss, R. E. (1986). Adolescent Eating Disorder: Bulimia. *Adolescence*, 21 (82), 257-267.
- Nas, C. N., Brugman, D. y Koops, W. (2008). Measuring Self-Serving Cognitive Distortions with the “How I Think” Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 24 (3), 181-189. doi: 10.1027/1015-5759.24.3.181
- Navas, J. J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latino-Americana de Psicología*, 13 (1), 75-83.
- Navathe, S., Ward, T. y Gannon, T. (2008). Cognitive Distortions in Child Offenders: An Overview of Theory, Research and Practice. *Journal of Forensic Nursing* 4 (3), 111-128. doi: 10.1111/J.1939-3938.2008.00019x
- Pastor Mira, M. A., Pons Calatayud, N., Lledó Boyer, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Teró Cantero, M. C., y cols. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces en las Enfermedades Reumáticas: El caso de la fibromialgia*. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 157-168). Madrid: Pirámide.
- Peña Fernández, M. E. y Andreu Rodríguez, J. M. (2012). Distorsiones Cognitivas: Un Revisión Sobre sus Implicaciones en la Conducta Agresiva y Antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 85-99.
- Pereira, A. I., Barros, L. y Mendonça, D. (2012). Cognitive Errors and Anxiety in School Aged Children. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25 (4), 817-823.
- Perpiñá, C. (2012). *Trastornos Alimentarios*. En V. E. Caballo, I. Salazar y J. A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 571-599). Madrid: Pirámide.
- Petrie, K., Moss-Morris, R. y Weiman, J. (1995). The Impact of Catastrophic Beliefs on Functioning in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (1), 31-37.
- Phelan, P. W. (1987). Cognitive Correlates of Bulimia: The Bulimic Thoughts Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (5), 593-607.

- Phillips, L., Tiggemann, M. y Wade, T. (1997). Comparison of Cognitive Style in Bulimia Nervosa and Depression. *Behavior Research and Therapy*, 35 (10), 939-948.
- Poulakis, Z. y Wertheim, E. H. (1993). Relationships among Dysfunctional Cognitions, Depressive Symptoms and Bulimic Tendencies. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (3), 549-559.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Raylu, N. y Oei, T. P. S. (2003). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, Confirmatory Factor Validation and Psychometric Properties. *Addiction*, 99, 757-769. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x.
- Riso, W. (2008). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez-Testal, J. F., Carrasco, M. A., Del Barrio, M. V. y Catalán, M. C. (2002). Errores Cognitivos en Jóvenes y su Relación con la Sintomatología Depresiva. *Anuario de Psicología*, 33 (3), 409-432.
- Sandín, B y Chorot, P. (2008). *Concepto y Categorización de los Trastornos de Ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II (pp. 43-61). Madrid. McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Santes, M. A. y Jiménez M. P. (2008). *Trastornos Psicosomáticos*. En A. Belloch, B., Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II (pp. 315-371). Madrid. McGraw-Hill.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). *Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas*. En A. Belloch, B., Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II (pp. 271-298). Madrid. McGraw-Hill.
- Schneider, N., Frieler, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. y Salbach-Andrae, H. (2009). Comparison of Body Size Estimation in Adolescents with Different Types of Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 17, 468-475. doi: 10.1002/erv.956
- Schulman, G., Kinder, B., Powers, P. S. y Gleghorn, A. (1986). The Development of a Scale to Measure Cognitive Distortions in Bulimia. *Journal of Personality Assessment*, 50 (4), 630-639.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. y León, J. A. (2001). La Alteración de la Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.

- Shaffer, D. R. (2002). *Agresión y Conducta Antisocial*. En D. R. Shaffer, Desarrollo Social y de la Personalidad (pp. 291-324). Madrid: Thompson.
- Shneck, Z. M. e Irvine, J. (2001). Psychological Factors and Depressive Symptoms in Ischemic Heart Disease. *Health Psychology*, 20 (2), 141-145. doi: 10.1037/0278-6133.29.2.141.
- Shneck, Z. M., Foley, F. W., LaRocca, N. G., Gordon, W. A., DeLuca, J., Schwartzman, H. G., y cols. (1997). Helplessness, Self-Efficacy, Cognitive Distortions, and Multiple Sclerosis and Spinal Cord Injury. *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (3), 287-294.
- Smith, T. W., Aberger, E. W., Follick, M. J. y Ahern, D. K. (1986). Cognitive Distortion and Psychological Distress in Chronic Low Back Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 573-575.
- Smith, T. W., Christensen, A. R., Peck, J. R. y Ward, J. R. (1994a). Cognitive Distortion, Helplessness, and Depressed Mood in Rheumatoid Arthritis: A Four-Year Longitudinal Analysis. *Health Psychology*, 13 (3), 213-217.
- Smith, T. W., O'Keefe, J. L. y Christensen, A. J. (1994b). Cognitive Distortion and Depression in Chronic Pain: Association with Diagnosed Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 195-198.
- Smith, T. W., Peck, J. R., Milano, R. A. y Ward, J. R (1988). Cognitive Distortion in Rheumatoid Arthritis: Relation to Depression and Disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 412-416.
- Smith, T., Peck, J. R. y Ward, J. R. (1990). Helplessness and Depression in Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology*, 9 (4), 377-389.
- Steenbergh, T. A.; Meyers, A. W.; May, R. M. Y Whelan, J. P. (2002). Development and Validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 143-149. doi: 10.1037//0893-164X.16.2.143.
- Steinglass, J. E., Eisen, J., Amia, E., Mayer, L. Y Walsh, T. (2007). Is Anorexia Nervosa a Delusional Disorder? An Assessment of Eating Beliefs in Anorexia Nervosa. *Journal of Psychiatric Practice*, 13 (2), 65-71.

- Stewart, S. M., Kennard, B. D., Lee, P. W. H., Hughes, C. W., Mayes, T. L., Emslie, G. J., et al. (2004). A Cross-Cultural Investigation of Cognitions and Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (2), 248-257. Doi: 10.1037/0021-843X.113.2.248
- Stone, A. L. y Glass, C. R. (1986). Cognitive Distortion of Social Feedback in Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4 (02), 179-188.
- Sullivan, M. J. L., Admas, H. y Ellis, T. (2012). Targeting Catastrophic Thinking to Promote Return to Work in Individuals with Fibromyalgia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 26 (2), 130-142. doi: 10.1891/0889-8391.26.2.130
- Tems, C. L., Stewart, S. M., Skinner, J. R., Hughes, C. W y Emslie, G. (1993). Cognitive Distortions in Depressed Children and Adolescents: Are they State Dependent or Traitlike? *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (3), 316-326.
- Thompson, D. A., Berg, K. M. y Shatford, L. A. (1987). The Heterogeneity of Bulimic Symptomatology. Cognitive and Behavioral Dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (2), 215-234.
- Thorton, L. P. Y BeBlassie, R. R. (1987). Treating Bulimia. *Adolescence*, 24 (95), 631-637.
- Thyer, B. A., Papsdorf, J. D. y Kramer, M. K. (1983). Phobic Anxiety and Irrational Belief Systems. *The Journal of Psychology*, 114, 145-149.
- Tierney, D. W. y McCabe, M. P. (2001). An Evaluation of Self-Report Measures of Cognitive Distortions and Empathy Among Australian Sex Offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (5), 495-519.
- Uhlenhuth, E. H., McCarthy, T., Paine, S. y Werner, T. (1999). The Revised Anxious Thoughts and Tendencies (AT&T) Scale: A general Measure of Anxiety-Prone Cognitive Style. *Journal of Affective Disorders*, 52, 51-58.
- Vázquez, C. (2008). *Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). *Trastornos del Estado de Ánimo: Aspectos Clínicos*. En A. Belloch, B., Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Edición revisada. Volumen II (pp. 233-269). Madrid. McGraw-Hill.

- Vellisca, M. Y., orejudo, S. y LaTorre, J. I. (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*, 23 (2), 111-121. doi: 10.5093/cl2012a7.
- Vervoot, T., Goubert, L., Eccleston, C., Vandenhende, M., Claeys, O., et al. (2009). Expressive Dimensions of Pain Catastrophizing: An Observational Study in Adolescents with Chronic Pain. *Pain*, 146 (1-2), 170-176. doi: 10.1016/j.pain.2009.07.021
- Wallinius, M., Johanson, P., Lardén, M. y Dernevik, M. (2001). Self-Serving Cognitive Distortions and Antisocial Behavior Among Adults and Adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-300. doi: 10.1177/0093854810396139.
- Ward, T. (2000). Sexual Offenders' Cognitive Distortions as Implicit Theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 491-507.
- Ward, T. Hudson, S. M. y Johnston, L. (1997). Cognitive Distortions in Sex Offenders: An Integrative Review. *Clinical Psychology Review* 17 (5), 479-507.
- Ward, T., Gannon, T. A. y Keown, K. (2006). Beliefs, Values and Action: The Judgement Model of Cognitive Distortions in Sexual Offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11 (4), 323-343. doi: 10.1016/j.avb.2005
- Watkins, J. J. y Rush, A. J. (1983). Cognitive Response Test. *Cognitive Therapy and Research*, 7 (5), 425-436.
- Watts, S. E y Weems, C. F. (2006). Associations among Selective Attention, Memory Bias, Cognitive Errors and Symptoms of Anxiety in Youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 841-852. doi: 10.1007/S.10802-006-9066-3
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K. y Saavedra, L. M (2001). Cognitive Errors in Youth with Anxiety Disorders: The Linkages Between Negative Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (5), 559-575.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1991). Cognitive Therapy with Depressed Inpatients: Specific Effects on Dysfunctional Cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 282-288.

- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Clasificación y Evaluación*. En R. Wick-Nelson y A. C. Israel, *Psicopatología del Niño y del Adolescente* (Tercera Edición) (pp. 91-110). Madrid: Prentice Hall.
- Wright, J. H. y Beck, A. T. (1996). *Terapia Cognitiva*. En J. A. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbot, *Tratado de Psiquiatría* (Segunda Edición) (pp. 1133-1166). Barcelona: Ancora S. A.
- Yurica, C. L. y DiTomasso, R. A. (2005). *Cognitive Distortions*. En A. Freeman, S. H. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu y M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 117-122). USA: Springer.
- Zhang, L. (2008). Cognitive Distortions and Autonomy Among Chinese University Students. *Learning and Individual Differences*, 18, 279-284.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ERRORES COGNITIVOS NEGATIVOS EN ADOLESCENTES (CNCEQ)

(Leitenberg, Yost y Carrol-Wilson, 1986)

Este cuestionario te presenta una serie de situaciones que podrían sucederte en tu vida diaria. En cada situación aparece un pensamiento que podrías tener y que aparece *escrito entre comillas*. Queremos saber si tú pensarías lo mismo o no en cada una de esas situaciones. Lee detenidamente cada una de las frases y responde señalando con un aspa (X) el grado en que tu pensamiento sería parecido o igual al descrito en cada situación. Te pedimos que respondas con la máxima sinceridad ya que todas tus respuestas son confidenciales y anónimas. No existen respuestas correctas ni incorrectas y sólo importa tu opinión.

1. Invitas a uno de tus amigos a pasar la noche en tu casa. Otro de tus amigos se entera. Piensas: “*Se enfadará conmigo por no haberle invitado y dejará de ser mi amigo*”.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

2. En clase de gimnasia estáis jugando a hacer carreras de relevos entre compañeros. Tu equipo acaba perdiendo. Piensas: “*Si yo hubiera corrido más rápido no habríamos perdido*”.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

3. Estás haciendo una prueba para poder jugar en un equipo de baloncesto. Tiras a canasta y encestas dos veces y fallas otras dos. Piensas: “*Hice la prueba pésimamente mal*”.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

4. Se organiza un concurso de ortografía entre dos equipos de tu clase. Tu equipo pierde y el contrario gana con facilidad. Piensas: “*Si yo fuera más inteligente no habríamos perdido*”.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

5. Alguno de tus amigos te preguntan si te vas a volver a presentar a las pruebas para poder jugar en el equipo de fútbol. Lo intentaste el año pasado pero no conseguiste pasarlas. Piensas: *“Para qué voy a intentarlo, si no lo pude conseguir el año pasado”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

6. Llamas a uno de tus compañeros para preguntarle sobre los deberes de matemáticas. Te contesta que no puede hablar ahora ya que su padre tiene que usar el teléfono. Piensas: *“No quería hablar conmigo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

7. Tú y otros tres compañeros habéis realizado en grupo un trabajo de ciencias. El profesor consideró que no fue un buen trabajo y os calificó con una mala nota. Piensas: *“Si yo no hubiera hecho un pésimo trabajo, habríamos conseguido una buena calificación”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

8. Cuando es el cumpleaños de alguien de tu clase, el profesor le permite media hora de tiempo libre para jugar con el compañero que elija. La semana pasada fue el cumpleaños de uno de tus amigos y eligió a otro para jugar. Hoy otro de tus amigos tiene que elegir a alguien. Piensas: *“Probablemente no me va a elegir a mí”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

9. Tu equipo de baloncesto está practicando. El entrenador te dice que le gustaría hablar contigo después del entrenamiento. Piensas: *“No está contento con mi forma de jugar y no me quiere más en el equipo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

10. Fuiste a una fiesta con uno de tus amigos. Desde el principio tu amigo te deja solo y está con otros en vez de estar contigo. Cuando termina la fiesta, tú y tu amigo decidís parar en su casa para tomar algo antes de volver a la tuya. Piensas: *“Mi amigo parecía no querer estar conmigo esa noche”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

11. Te has olvidado de hacer el trabajo de lenguaje. El profesor pide en clase que se entreguen los trabajos. Piensas: *“El profesor va a pensar que no me preocupa y no voy a aprobar”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

12. Fue un buen día de clase hasta que a última hora tuviste un control de matemáticas. Te fue mal en el examen. Piensas: *“La escuela es un lastre y una pérdida de tiempo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

13. Juegas al baloncesto y anotas cinco canastas, pero fallas dos tiros realmente sencillos. Después del partido, piensas: *“Jugué fatal”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

14. La semana pasada tuviste un examen de historia y olvidaste algunas de las cosas que habías leído. Hoy tienes un examen de matemáticas. Piensas: *“Probablemente voy a olvidar lo que he estudiado al igual que la semana pasada”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

15. Estuviste todo el día en casa de un amigo. La última hora antes de salir estabas realmente aburrido. Piensas: *“Hoy no fue un día divertido”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

16. Estás recibiendo clases de esquí. El instructor dice a la clase que no cree que la gente del grupo esté todavía preparada para esquiar por las pistas con mayor desnivel. Piensas: *“Si yo pudiera aprender a esquiar más rápido, no estaría retrasando a todo el grupo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

17. La clase va a empezar un nuevo tema de matemáticas. El último tema fue realmente difícil. Cuando llega el momento de la clase, piensas: *“El tema anterior fue tan duro que sé que voy a tener problemas con éste”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

18. Has empezado a ayudar a uno de tus vecinos en su trabajo. Esta semana en dos ocasiones no has podido ir a patinar con tus amigos por tener que trabajar. Como has visto a tu amigo salir de patinar, piensas: *“Muy pronto no querrá hacer nada conmigo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

19. La semana pasada uno de tus compañeros de clase dio una fiesta y no te invitó. Esta semana oíste a otro compañero decir que estaba pensando en invitar a varios compañeros para ir al cine. Piensas: *“Al igual que la semana pasada, no me van a invitar”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

20. Has realizado un trabajo extra adicional en una asignatura. Tu profesor te dice que le gustaría hablar contigo sobre esto. Piensas: *“Cree que no he hecho bien este trabajo, y me va a dar una mala calificación”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

21. Estás con dos de tus amigos. Les dices que te gustaría ir al cine este fin de semana. Ellos te responden que no pueden. Piensas: *“Lo más seguro es que no quieren ir conmigo”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

22. Tu primo te llama para preguntarte si te gustaría ir a dar un largo paseo en bicicleta. Piensas: *“Seguramente no seré capaz de seguir el ritmo y la gente se reirá de mí”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

23. Tu equipo de clase acaba de perder en una prueba de lenguaje. Tú fuiste el último en participar y tuviste cuatro aciertos y un error. Al terminar, piensas: *“No soy bueno en esta materia”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

24. La semana pasada jugaste al baloncesto y metiste dos canastas. Hoy algunos compañeros de clase te han pedido que juegues con ellos al fútbol. Piensas: *“No tiene sentido jugar. No soy bueno en los deportes”*.

<input type="checkbox"/> No pienso nada parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy poco parecido	<input type="checkbox"/> Pienso algo parecido	<input type="checkbox"/> Pienso muy parecido	<input type="checkbox"/> Pienso casi exactamente igual
--	---	---	--	--

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN REACTIVA Y PPROACTIVA (RPQ)**(Raine, Dodge, Loeber et al., 2006; Adaptado por J. M. Andreu, 2009)**

En algunas ocasiones, la mayoría de nosotros nos sentimos enfadados o hemos hecho cosas que no deberíamos haber hecho. Señala con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes cuestiones. No pases mucho tiempo pensando las respuestas, sólo señala lo primero que hayas pensando al leer la cuestión.

¿Con qué frecuencia?	Nunca	A veces	A menudo
1. Has gritado a otros cuando te han irritado			
2. Has tenido peleas con otros para mostrar quién era superior			
3. Has reaccionado furiosamente cuando otros te han provocado			
4. Has cogido cosas de otros compañeros sin pedir permiso			
5. Te has enfadado cuando estabas frustrado			
6. Has destrozado algo para divertirte			
7. Has tenido momentos de rabia			
8. Has destruido cosas porque te sentías enfurecido			
9. Has participado en peleas de pandillas o bandas para sentirte “guay”			
10. Has hecho daño a otros por ganar en algún juego			

¿Con que frecuencia?	Nunca	A veces	A menudo
11. Te has enfadado o enfurecido cuando no te sales con la tuya			
12. Has usado la fuerza física para conseguir que otros hagan lo que quieres			
13. Te has enfadado o enfurecido cuando has pedido en un juego			
14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado			
15. Has usado la fuerza para obtener dinero o gritar a alguien			
16. Te has sentido bien después de pegar o gritar a alguien			
17. Has amenazado o intimidado a alguien			
18. Has hecho llamadas obscenas para divertirte			
19. Has pegado a otros para defenderte			
20. Has conseguido convencer a otros para ponerse en contra de alguien			
21. Has llevado un arma para usarla en una pelea			
22. Te has enfurecido o has llegado a pegar a alguien al verte ridiculizado			
23. Has gritado a otros para aprovecharte de ellos			

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN (AQ)

(Buss y Perry, 1992; Adaptado por Andreu, Peña y Graña, 2002)

A continuación, encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léalas atentamente y decida si está de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodee con un círculo la alternativa que mejor crea que corresponda con su forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

1	2	3	4	5
Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero ni falso	Bastante verdadero para mí	Completamente verdadero para mí

	1	2	3	4	5
1. De vez en cuando no puedo controlar de golpe a otra persona					
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida					
4. A veces soy bastante envidioso					
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona					
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente					
7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación					
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
9. Si alguien me golpea, le respondo el golpe dándole también					
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar					

1	2	3	4	5
Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero ni falso	Bastante verdadero para mí	Completamente verdadero para mí

	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades					
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal					
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos					
15. Soy una persona apacible					
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas					
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
18. Mis amigos dicen que discuto mucho					
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva					
20. Sé que mis amigos me critican a mis espaldas					
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos					
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón					
23. Desconfío de desconocidos demasiados amigables					
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25. Tengo dificultades para controlar mi genio					
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas					
27. He amenazado a gente que conozco					
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrá					
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

